UNIVERSITE DE PARIS - VAL DE MARNE

FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

-:-

Année 1973 N° 23

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Françoise BESSIS - AVEROIN

Née le 29 mars 1944 à Argenton s/Creuse

Interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine

-:-

Présentée et soutenue publiquement le

-:-

E.M.P. : STRUCTURE DE SOINS, STRUCTURE PEDAGOGIQUE ?

(REFLEXIONS A PARTIR D'UNE EXPERIENCE A L'EXTERNAT MEDICO-PEDAGOGIQUE DE BLANC-MESNIL)

-:-

Président de Thèse : Monsieur le Professeur BOURGUIGNON

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548016_0025

- UNIVERSITE DE PARIS - VAL DE MARNE -

FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

===============

T H E S E

présentée pour le Doctorat

en Médecine

(Diplôme d'Etat)

par

BESSIS - AVEROIN Françoise

née le 29 Mars 1944 à Argenton/Creuse-36

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine.

Présentée et soutenue publiquement le

E.M.P. : STRUCTURE DE SOINS, STRUCTURE PEDAGOGIQUE ?

(Réflexions à partir d'une expérience à l'externat médico-pédagogique de Blanc-Mesnil)

Président : Monsieur A. BOURGUIGNON, Professeur.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mes parents,

A mes amis.

A Monsieur le Professeur BOURGUIGNON

qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.

A mes Maîtres d'Externat

et d'Internat

Principalement :

- Monsieur le Professeur Clément-Launat

Chef de service à l'hôpital Hérold

- Monsieur le Docteur Sevestre

Médecin-Chef à l'E.N.S. de Saint-Maurice

- Monsieur le Docteur Deshaies

Médecin-Chef à l'E.N.S. de Saint-Maurice

- Monsieur le Docteur Daumezon

Médecin-Chef à l' hôpital Henri-Rousselle

Je remercie tout particulièrement

Monsieur le Docteur Sanquer

Médecin-Chef à l'hôpital psychiatrique

de Prémontré

et

Madame le Docteur Sanquer

Médecin responsable à l'E.M.P. de

Blanc-Mesnil

ainsi que tous les membres de

cette institution

qui ont permis la réalisation

de ce travail.

" L'acte poignant et si grave
d'écrire quand l'angoisse
se soulève sur un coude pour
observer et que notre
bonheur s'engage nu dans
le vent du chemin ".

- René Char -

- INTRODUCTION -

Nous nous proposons d'étudier à partir de cinq observations d'enfants dits "déficients mentaux", comment et pourquoi les possibilités d'évolution et d'acquisitions scolaires sont modifiées par le passage d'une structure à une autre: structure pédagogique normale, y compris la plupart des classes de perfectionnement ou réadaptation etc... et structure médico-pédagogique du type de celle de l'E.M.P. de Blanc-Mesnil.

Tout commence par la constation "échec scolaire". Ce qui est à éviter à tout prix c'est, par l'analyse des causes complexes qui ont pu motiver cet échec, la possibilité d'une implication des enseignants et du système pédagogique lui-même. Il ne faut pas qu'échec scolaire devienne constat d'échec...

Ce mouvement de déculpabilisation et de méconnaissance de la valeur signifiante de cet "échec scolaire" se fait par un processus de médicalisation (au sens hippocratique) avec recours à une entité clinique. En effet, c'est l'examen psychométrique de l'enfant qui est pratiqué systématiquement en cas d'échec scolaire pour une évaluation de son niveau mental global ou "quotient intellectuel". L'"Echec scolaire" perd ainsi sa valeur de symptôme déchiffrable et prend statut de signe clinique spécifique d'être relié à une faculté quantifiable: l'intelligence.

Le couple "échec scolaire + quotient intellectuel", au dessous du niveau considéré comme normal, devient donc le signe

caractéristique et même pathognomonique d'une maladie déterminée "la débilité mentale" érigée en entité nosographique et dont le trouble essentiel est l'insuffisance intellectuelle.

Au psychiatre, deux possibilités s'offrent alors :

- La réponse médicale classique avec ses deux aspects :
  - . de recherche étiologique (essentiellement cause organique de la maladie) en vue d'une action radicale ;
  - . d'intervention curative s'adressant à l'élément clinique pris isolément (on remédie à "l'échec scolaire" par des recherches spécialisées : méthodes pédagogiques et rééducatives diverses).

- Une réponse plus différée et moins déterminée...
  En effet, dans la pratique, quel que soit l'intérêt de la recherche des causes et critères absolus de la "débilité mentale" et de la part du facteur organique (lésionnel ou fonctionnel), une attitude plus féconde et efficace ne naît-elle plus d'un parti de ne pas prendre les éléments de la série, échec scolaire - déficience intellectuelle - déficience mentale, dans une visée exclusivement nosographique et classificatoire mais de les référer à l'enfant pris globalement et situé dans un contexte relationnel.
  Il n'y a pas tant collecte de signes dans un sens univoque, comme preuve de l'existence d'une maladie

et d'un déficit, qu'approche compréhensive des intéractions multiples entre les différents facteurs en jeu dans le procès : c'est ce qui donne leur sens aux manifestations du sujet et permettra son émergence. On passe ainsi de la maladie à traiter et de l'handicapé à rééduquer, à l'enfant à soigner et à éduquer.

Nous verrons comment une telle attitude se concrétise à l'E.M.P. de Blanc-Mesnil, et ses incidences sur le développement et les acquisitions scolaires de ces enfants.

DEFICIENCE MENTALE / DEBILITE MENTALE.

- Position du problème

- Historique

- Etude analytique

POSITION DU PROBLEME.

Pour aborder la notion complexe de la déficience mentale, nous nous servirons de points de vue émis tant dans un but d'assistance (circulaires officielles), que dans le cadre d'une réflexion clinique ou scientifique.

- Comme la psychiatrie infantile, la déficience mentale pose le problème de sa spécificité et de sa délimitation. En effet, ainsi que le Docteur LANTERI-LAURA le note à propos de celle-là : "appartenance traditionnelle à la psychiatrie, légitimation adoptive par la pédiatrie, voisinage avec la psychologie génétique, rapport avec la pédagogie".

- Par ailleurs, de par l'évolution constante de la nosographie en psychiatrie infantile, l'autonomie de la déficience mentale au sens classique, n'est plus aussi garantie. Cet état de fait est relevé dans une circulaire officielle datant du 16 mars 1972, par les Professeurs MISES, DUCHE et LEBOVICI, qui s'élèvent contre les distinctions trop rigides qui séparent les maladies mentales évolutives, des déficiences à prédominance intellectuelle chez des enfants mentalement

inadaptés.

- Enfin, à l'intérieur même du champ des "déficiences", les auteurs de cette circulaire soulignaient la difficulté, voire l'erreur, d'établir des catégories selon la profondeur du déficit intellectuel et la présence ou non de troubles associés (mise en cause du critère psychométrique et de la notion d'inéducabilité).

Ces prises de position peuvent être mises en rapport avec les formulations retenues en avant-propos du colloque sur les déficiences mentales, tenu en 1971 à Paris, dans le cadre de la société française de psychologie.

" Les notions relatives aux déficiences mentales sont actuellement en pleine évolution, une évolution qui ne va pas sans créer quelque confusion et de notoires difficultés de communication entre spécialistes des différentes disciplines concernées. La découverte de nouvelles étiologies organiques, la mise en évidence des facteurs sociaux et relationnels du développement intellectuel, l'émergence de nouvelles entités nosologiques qu'on s'attache à distinguer du déficit

intellectuel en tant que tel (notamment les troubles instrumentaux et les psychoses infantiles) etc..., ont précipité cette évolution. Au-delà, c'est sans doute la transformation même de notre société et des exigences "professionnelles, mais auparavant scolaires), qu'elle fait peser sur l'individu, qu'il faudrait considérer".

Ces divers échos nous amènent aux constatations qui se dégageaient, déjà, des discussions entre participants de ce colloque ; à savoir l'impossibilité, d'un point de vue clinique et théorique, de parvenir :

- d'une part, face à la complexité de ces observés, à un étiquetage simple selon les dichotomies officielles débilité / troubles affectifs ; débilité / troubles caractériels ; débilité / psychose ;

- d'autre part, à une définition univoque et à une évaluation quantifiée de la déficience mentale ; cette impossibilité n'étant d'ailleurs pas a considérer comme un obstacle à l'efficacité de l'action à entreprendre. Et ZAZZO pouvait-il tenir ce propos nuancé pour conclure :

" il y a différentes manières de définir les déficiences mentales au moyen d'instruments et de modes d'approche différents".

Mais à l'encontre de cette évolution des idées, les courants traditionnels persistent. Ainsi, bien que dénoncée comme factice, la prégnance de "la déficience mentale à prédominance intellectuelle" comme entité nosographique, demeure. Il y a persistance à la fois :

- d'une conception déficitaire de l'affection qui se manifeste :
  . d'un point de vue statique, par l'inventaire des déficits capacitaires et l'évaluation du "déficient" par rapport à un modèle d'individu normal c'est-à-dire pourvu d'un équipement complet" ;
  . d'un point de vue génétique, par la référence des modalités évolutives propres au débile à une vitesse de développement jugée normale ; celui-ci est assimilé à un enfant plus jeune (selon la conception traditionnelle de la supériorité" de l'adulte sur l'enfant) :
- et d'une réduction des déficiences mentales à

une déficience intellectuelle.

. le repérage du déficient mental se fait essentiellement sous l'angle de son potentiel intellectuel ; le critère psychométrique restant prédominant ;

. ses difficultés affectives et relationnelles sont considérées comme subordonnées directement à cette "insuffisance intellectuelle" et à cette "immaturité globale" envisagées dans une perspective normative ;

. ses possibilités adaptatives (souvent assimilées à ses capacités d'adaptation scolaire) sont jugées seulement en fonction de cette intelligence - aptitude objectivée par les tests.

Enfin, avant d'aborder l'aperçu historique qui va nous permettre de mieux situer l'articulation de ces courants contradictoires, il est bon de noter l'imprécision terminologique des vocables employés dans la désignation de ces "déficiences" témoignant de la confusion entourant la notion et du chevauchement de ses multiples niveaux d'appréhension :

emploi de qualificatifs ou substantifs variés

désignant des réalités souvent insuffisamment différenciées : mental / intellectuel et oligophrénie / arriération ; déficience / état déficitaire ; débilité / retard.

HISTORIQUE.

Nous distinguerons deux temps :

- "L'époque classique"
- Les "recherches modernes".

"L'époque classique"

. Evolution du concept de déficience mentale.

Le fait le plus marquant dans l'évolution psychopathologique de la notion de déficience mentale est représenté par le mode d'articulation entre l'abord psychiatrique d'inspiration médicale, et l'appréhension psychologique.

- Au début du 19ème siècle, Esquirol, parmi l'ensemble des états déficitaires, sépare ceux qui sont acquis, les démences, de ceux qui sont innés. Les arriérations mentales ou oligophrénies dont il distingue deux degrés (l'idiotie et l'imbécillité). Malgré cette séparation, ces états d'arriération trouvent leur cohérence dans le concept "d'idiotisme", hérité de Pinel. Il s'agit d'une entité morbide homogène qui affecte l'individu considéré dans tous ses aspects, les signes cliniques déficitaires étant ainsi l'expression de la maladie.

- Vers le milieu du 19ème siècle, les déficiences mentales perdent leur unité par l'éclatement de la notion

"d'idiotisme". En effet, les recherches étiologiques axées sur les études anatomocliniques et neuro-pathologiques ont permis d'isoler, dans le cadre des déficiences, plusieurs états morbides : mongolisme, crétinisme, microcéphalie etc... Ainsi, vu la multiplicité de ces tableaux un psychiatre comme Sollier est-il prêt à abandonner l'ancienne conception des états de déficience.

- Vers la fin du 19ème siècle et le début du 20ème, ceux-ci vont retrouver leur statut de catégorie pathologique unitaire par leur regroupement dans une définition psychologique. Déjà, la recherche psychopathologique, par la théorie neurologique de la localisation cérébrale des fonctions du psychisme, s'orientait vers une pathologie des facultés mentales. Par ailleurs, la notion de débilité, contemporaine de l'obligation scolaire, sans équivalent somatique repérable accentuait encore le caractère psychologique et abstrait de la notion de déficience.

Mais pour maintenir la notion de déficit comme élément unifiant de la catégorie des déficiences mentales, il n'est pas possible de s'en tenir à la seule description psychologique d'états si différents (allant des arriérations à la débilité qu'il importe de distinguer de la normalité). D'autre part, il est bien difficile de trouver un terme de comparaison entre ces états en se référant à la pathologie des

fonctions du psychisme, car comme le dit BINET :"les facultés mentales de chaque sujet sont indépendantes et inégales ".

Il va donc y avoir constitution d'une seule fonction psychique à laquelle pourront correspondre plusieurs syndromes que Binet dans ses "idées modernes sur les enfants" légitime ainsi :" nous sommes un faisceau de tendances et c'est la résultante de toutes ces tendances qui s'exprime dans nos actes. C'est donc cette totalité qu'il faut savoir apprécier". Mais pour passer de ces facultés mentales "indépendantes et inégales" à cette résultante unitaire, on sort du domaine naturaliste de l'observation d'un donné naturel pour passer, par un phénomène de totalisation et d'abstraction, à la création formelle d'un concept, l'intelligence.

Mais par une scotomisation des conditions de son élaboration, cette notion abstraite va retrouver une existence concrète d'être considérée comme la résultante unitaire des autres fonctions du psychisme,s'appuyant comme elles sur un support neurophysiologique cérébral. Sa réalité de "fait" objectivement appréhendable sera d'ailleurs prouvée de manière expérimentale par un instrument créé à cet effet : "l'échelle métrique d'intelligence" qui en sera donc l'équivalent empirique; permettant la mesure de l'intelligence, elle facilitera la comparaison entre les divers états de déficiences et aussi entre les individus.

Cette réduction des "déficiences mentales" à une "déficience intellectuelle" a permis le maintien de leur unité en tant qu'entité nosographique, et aussi a assuré la survivance, concernant la débilité, du schéma pathologique ancien hérité du modèle médical : un trouble déficitaire est relié à une fonction presque considérée comme un organe et donc est en relation de causalité directe avec une étiologie organique .

. Place des déficiences mentales dans la psychiatrie infantile.

- Au début et dans le courant du 19ème siècle, la nosographie psychiatrique infantile à côté de la catégorie prédominante des déficiences mentales, ne comportait que les troubles caractériels considérés comme constitutionnels ou réactionnels à des erreurs éducatives ; l'existence des psychoses infantiles n'était pas admise, la spécificité de leur symptômatologie n'étant pas reconnue par rapport à celle des adultes : Moreau de Tours réduisait la folie chez l'enfant à des phénomènes aigus transitoires.

Par ailleurs, existait un écart considérable entre :

- un courant nosopgraphique qui, s'appuyant sur le matériel clinioue observé dans les hôpitaux psychiatriques, n'appréhendait les déficiences mentales qu'à travers les états d'invalidité les

plus graves (constitués en fait par des arriérations profondes, des psychoses et des "déficiences" aggravés par la vie asilaire) ;

- et un courant pédagogique ou éducatif qui considérait les enfants atteints de déficiences mentales ou de troubles du caractère dans une optique plus transformatrice.

- A la fin du 19ème siècle, la nosographie en psychiatrie infantile n'a pas beaucoup évolué, le concept de psychose de l'enfant commence juste à naître, mais est encore fort proche de la notion de démence (démence précocissime de de Sanctis - démence de Heller).

Par contre, du fait de la réunion par le concept psychologique d'intelligence des divers états de déficience en une catégorie pathologique unitaire, le courant pédagogique tend à se rapprocher du courant nosographique, avec suprêmatie de ce dernier.

"Les recherches modernes".

La déficience mentale comme catégorie pathologique unitaire est mise en cause par les révisions méthodologiques intervenues dans le domaine psychopathologique, et le progrès des connaissances dans les autres sciences dont elle participe.

La psychiatrie phénoménologique plutôt que d'envisager les maladies comme des entités dont les signes de disfonctionnement sont référés à un modèle de normalité, préfère les aborder en tant que mode d'existence particulier en privilégiant le vécu : c'est-à-dire en considérant le malade derrière la maladie, quitte à employer pour rendre compte de celle-ci, des modèles complexes capables d'intégrer la richesse des faits observés.

La psychologie génétique et la psychanalyse (Piaget, Wallon, Freud, M. Klein) permettent d'envisager la psychopathologie de l'enfant d'un point de vue essentiellement évolutif ; plutôt que de "potentiel intellectuel fixe mesurable", on parle de développement intellectuel, celui-ci n'étant pas considéré isolément mais dépendant des développements psycho-moteurs et affectifs, et de facteurs relationnels et culturels. Plutôt que de déficit lié à une atteinte lésionnelle, on parle de modes d'organisation psychologique ayant donc un sens par rapport à la personnalité du sujet ; la réalité et la spécificité du psychisme sont postulées face au support organique avec nécessité du maintien d'un écart "organoclinique" ; tout cela contribuant à mettre en question la notion de causalité organique unique et directe, les recherches biologiques modernes n'étant pas étrangères à ce remaniement.

La nosographie en psychiatrie infantile distingue actuellement à côté des déficiences mentales caractérisées encore

pour beaucoup par un déficit intellectuel précoce et fixé dans la personnalité, l'important groupe des psychoses dont parmi les multiples formes, celles déficitaires avec ou sans élément organique décelable, posent le problème de la délimitation du groupe. Les troubles névrotiques sont considérés comme étant d'expression variée pouvant revêtir un aspect déficitaire. Les troubles caractériels ne forment pas une catégorie pathologique particulière, mais peuvent être soit réactionnels à une situation conflictuelle actuelle, soit manifestations d'une structure névrotique, psychotique ou pré-psychotique.

Par ailleurs une coopération dynamique entre psychiatres, psychanalystes, éducateurs et pédagogues est recherchée....

ETUDE ANALYTIQUE.

Avant de discuter, nous allons examiner les éléments habituels retenus comme pertinents dans la classification et la délimitation des déficiences mentales.

. Classification - délimitation.

La déficience mentale reliée de manière directe à l'insuffisance intellectuelle, considérée comme déficience innée ou retard inscrit précocément dans le développement, a comme critère prévalent de définition, le critère psychométrique :

- soit comme mesure du développement intellectuel par rapport à un étalonnage donnant la notion d'âge mental ;
- soit comme mesure de l'intelligence, quantité homogène produisant la notion de quotient intellectuel.

Ces mesures permettent de distinguer les "vrais débiles", obtenant des résultats homogènes aux différents tests, des "faux débiles", dont les résultats sont contradictoires d'un test à l'autre ; ceux-ci étant classiquement sonsidérés, contrairement aux premiers, comme éventuellement justiciables d'une thérapeutique de type psychothérapie.

De nombreux auteurs trouvant l'association de deux

critères nécessaires pour définir la déficience mentale, c'est le critère adaptatif qui est habituellement retenu : il s'agit de l'étude des réponses de l'enfant aux stimulations de l'entourage et de ses capacités d'autonomie. On peut aussi mesurer, comme le préconise les auteurs américains, sa "valeur sociale" par l'intermédiaire de performances évaluées selon des séries standard permettant d'établir "l'âge social".

A l'intérieur de la catégorie pathologique des déficiences, les classifications se font selon la profondeur du déficit et la présence ou non des troubles associés.

- La profondeur du déficit mesurée par le Q.I. permet de distinguer :

  . la débilité mentale

    Q.I. $<$ 70 - 75

    possibilité d'abstractions limitées; en fait, très liée au retard scolaire .

  . l'imbecillité

    25 $<$ Q.I. $<$ 40-50

    nombreux apprentissages possibles, mais le langage est perturbé et les possibilités de compréhension limitées ;

  . l'idiotie

    Q.I. $<$ 20-25

    Impossibilité de constitution du langage ; acquisitions de certains mécanismes élémentaires.

C'est l'importance du déficit qui permet la distinction entre les déficiences légères (niveau limite-débilité) et les arriérations graves (imbécillité et idiotie) ; cela induit la distinction étiopathogéniques entre ces dernières considérées selon l'étiologie organique avec comme corrollaire la notion d'inéluctabilité, et la débilité où les facteurs socio-culturels et psychogénétiques sont jugés prévalents. Ce clivage correspond aussi à celui entre débiles éducables et inéducables.

Ce qui distingue les débiles harmoniques , des disharmoniques, c'est la présence ou non de troubles associés ; ils sont constitués par :

. les troubles du langage ;
. les troubles psycho-moteurs ou des fonctions practo-gnosiques - l'instabilité ;
. les troubles affectifs responsables de troubles du comportement et caractériels.

Ces troubles sont considérés comme ne faisant pas partie du syndrome déficitaire.

- Les étiologies se divisent schématiquement en :

. génétiques ; elles sont liées à des facteurs héréditaires qui, même au niveau d'une transmission d'aptitudes suivent rarement les lois mendeliennes et sont difficiles à isoler (le

type le plus représentatif en est la trisomie 21 ou mongolisme) ;

. non génétiques ; ce sont les atteintes exogènes ou organiques, proprement dites, d'ordre infectieux, toxique, traumatique.... elles peuvent être pré, péri ou post-natales.

Si pour les déficiences légères la notion d'étiologies multiples tend à être admise avec prise en considération des facteurs du milieu (affectifs et socio-culturels), l'idée de cause unique somatique est prédominante en ce qui concerne les arriérations profondes.

- Le diagnostic différentiel se pose essentiellement à propos des pseudo-débilités et des psychoses infantiles.

. la notion de pseudo-débilité est basée sur l'idée d'un potentiel intellectuel intact non utilisable par le sujet à cause de facteurs qui peuvent être supprimés par une thérapeutique appropriée ou une rééducation : ainsi,les pseudo-débilités par carence d'apport du milieu, par inhibition des possibilités réceptives liées à des difficultés psychologiques, ou par retard de certains apprentissages (lecture, écriture) en rapport avec des troubles instrumentaux.

. les psychoses sont classiquement distinguées des

déficiences mentales par la notion d'intelligence normale et de troubles évolutifs de la personnalité ; survenant secondairement, leur évolution déficitaire est considérée comme une détérioration d'ordre démentiel. Mais les problèmes posés par le concept d'encéphalopathie évolutive, les psychoses à expression déficitaire, l'autisme, rendent nous le verrons, cette distinction souvent difficile.

DISCUSSION.

- Le syndrome déficitaire.

L'aspect exclusivement déficitaire des déficiences et leur réduction à un déficit intellectuel pur tend, nous l'avons vu, à disparaître si, abandonnant la conception statique et associationniste des faits psychiques on adopte une perspective évolutive et structurale : l'intelligence n'est plus considérée comme une aptitude isolée, un potientiel intellectuel fixé et héréditaire, mais comme la résultante complexe et variable de divers facteurs du développement et en relation avec les autres éléments de la vie psychique.

Ainsi, l'intelligence ne peut être réduite aux mécanismes du raisonnement séparés des autres fonctions mentales et

appréhendés selon un processus maturatif qui négligerait les conditions du milieu ; en effet, il y a interrelation et interaction avec l'organisation temporo-spatiale et du schéma corporel donc les fonctions practognosiques, avec les phénomènes d'acquisition du langage, avec les apprentissages....

Par ailleurs l'angle capacitaire ne suffit pas à rendre compte des structures cognitives, leurs possibilités d'efficience et même leur génèse étant grandement dépendantes de leur investissement libidinal et de leur signification pour le sujet : ainsi la pensée conceptuelle et le maniement des symboles peuvent-ils être gravement perturbés chez le psychotique. La composante expressive de l'intelligence ne peut donc être séparée de sa composante fonctionnelle : qu'elle inclut dans l'ensemble des phénomènes de la personnalité.

Il s'agira donc (Lang-Misès) en ce qui concerne les déficiences mentales, plutôt que d'inventorier des déficits, d'élaborer des modèles psychopathologiques capables de rendre compte de l'importance variable et des interactions mutuelles entre ces différentes perturbations ; on parlera de structure déficitaire, de relation déficitaire, mettant ainsi l'accent sur l'aspect positif des troubles.

. Les "troubles associés"

D'après ce qui précède, leur séparation d'avec un déficit intellectuel "pur" paraît arbitraire.

. Les critères.

Ils sont supposés, surtout en ce qui concerne le critère psychométrique, affirmer le déficit intellectuel et en mesurer la profondeur. En fait, ce ne sont pas des éléments de détermination absolus mais des moyens d'abord aux caractéristiques précises à replacer dans la perspective (souvent normative) où ils se situent et à mettre en rapport avec les autres modes d'approche des déficiences.

. Le critère psychométrique.

Le test de Binet-Simon.

Comme nous l'avons vu dans l'historique "l'Echelle Métrique de l'intelligence" fut contemporaine de l'élaboration de ce "concept" ; elle fut publiée en 1905 par Binet et Simon et a pris sa forme définitive en 1911 sous forme de test de Binet et Simon ; c'est la demande pressante des autorités académiques qui contribua à sa création, la loi sur la scolarité obligatoire de la troisième république ayant rendu nécessaire l'étude et la distinction des retards pédagogiques et intellectuels.

L'échelle métrique est un instrument de mesure pour apprécier le développement intellectuel des enfants d'âge scolaire, elle vise la détermination de niveaux de développement ; elle permet de calculer

> l'âge mental qui est défini par rapport à un groupe étalon scolairement défini.
>
> L'échelle Binet-Simon est globale, peu analytique, essentiellement verbale, faite de questions scolaires, l'efficience étant appréciée sur l'échec ou la réussite globale aux épreuves.
>
> Ce test ne s'applique que durant la période de croissance intellectuelle vu son rapport essentiel au développement. Il tend à apprécier l'intelligence en termes d'années d'avance ou de retard scolaire.
>
> La déficience mentale est définie en assimilant l'enfant débile à un enfant plus jeune d'intelligence normale : on détermine ainsi son âge mental maximum tel qu'il est indiqué par le test.

Ainsi, très vite pour des raisons pédagogiques, ce qui était considéré comme un classement des enfants selon leur "âge mental" devient l'équivalent d'une mesure globale de l'intelligence : l'efficience intellectuelle telle que le test la manifeste, permet d'apprécier l'intelligence du sujet. Ce fait est encore accentué par la notion de quotient intellectuel.

Celle-ci avait été précédée par celle de quotient d'âge calculée par Terman à partir de l'échelle de Binet-Simon ; il s'agissait, s'appuyant sur l'idée de constance du rythme de

croissance mentale, d'exprimer les possibilités intellectuelles d'un sujet sous forme d'un indice de développement indépendant de l'âge.

Avec Wechsler, le quotient intellectuel (rapport de l'âge mental à l'âge chromologique) devient un indice de capacité, un niveau mental non référé au développement et obtenu à l'aide de données statistiques en comparant "l'aptitude intellectuelle du sujet à celle de l'individu du même âge".

Le déficient mental sera ainsi considéré comme ayant un Q.I. inférieur de deux écarts-types à celui d'un enfant normal.

Le Q.I. n'est pas, contrairement à une opinion fortement ancrée, un élément stable et absolu de détermination de l'intelligence. Il est susceptible de variations qui en font d'ailleurs l'intérêt. Ainsi chez le même enfant, il existe :

- des variation du Q.I. d'un test à l'autre

  . du fait des épreuves elles-mêmes, les paramètres statistiques que sont la moyenne et l'écart-type variant avec chaque épreuve d'intelligence ;

  . du fait de la diversité, selon les tests, des tâches proposées pour évaluer le rendement intellectuel (ainsi différence de résultats selon qu'il s'agit de performances

ou d'épreuves verbales) ; loin de constituer une limite des tests, c'est un élément d'information précieux si on ne rapporte pas ces résultats hétérogènes à la mesure "d'aptitudes différentes", ce qui négligerait l'effet des motivations et des apprentissages, mais si la diversité des efficiences est mise en rapport avec les différents facteurs (affectifs, relationnels, culturels) ayant pu intervenir.

Une évaluation plus analytique fait ainsi place à une mesure globale.

- des variations du Q.I. en fonction du temps :

  - Il existe chez l'enfant normal, mais de manière encore plus nette chez le déficient (notion d'hétérochronie de ZAZZO), une variation du quotient intellectuel en fonction de l'âge témoignant d'un rythme de croissance mentale irrégulier ; c'est ce qui donne au quotient intellectuel, plutôt considéré comme un quotient d'âge, sa valeur d'indice de développement et non de mesure d'un niveau mental fixé.

  - le Q.I. entretient des rapports variables avec les acquisitions, les apprentissages, les perturbations de la personnalité:

- il est capable d'augmenter sous l'effet d'une psychothérapie, d'acquisitions et d'apprentissages nouveaux ou de ne pas suivre une progression clinique authentique ;

- il peut diminuer en dehors de toute détérioration démentielle sous l'effet de carences d'apport culturel et affectif, d'erreurs éducatives. La relation entre quotient intellectuel et troubles évolutifs de la personnalité, d'ordre psychotique, est intéressante. Ainsi que le montrent les observations, faites à la fondation Vallée, il est des enfants psychotiques qui, en quelques années, se stabilisent sous forme d'une débilité clinique et psychosomatique, obtenant des résultats homogènes aux tests ; cela laisse rêveur quant à la qualification de "débilité vraie" liée à de tels résultats...!

Ainsi, la signification du quotient intellectuel n'est pas univoque, pouvant être un indice de développement, il exprime dans le champ d'activité éprouvée par le test utilisé, une <u>capacité actuelle</u> qui est une résultante sur laquelle pèse toute une intrication de facteurs qui ont joué au cours de l'histoire de l'enfant.

Il est par ailleurs essentiel de tenir compte du fait

que le Q.I. est une donnée quantitative qui néglige l'organisation psychologique.

Dans le registre psychométrique le Q.I. doit être relativé aux résultats d'autres tests appréciant l'organisation temporo-spatiale, la structure de la personnalité etc...

. Le critère adaptatif.

Deux écueils sont à éviter :

- qu'il soit considéré comme prévalent dans le type d'actions à entreprendre face au débile et comme le seul repère servant à apprécier son évolution ;

- qu'il soit considéré comme subordonné au critère psychométrique : efficience intellectuelle et possibilité d'apprentissage sont pourtant très distinctes. Ainsi existe-t-il des enfants au Q.I. bas assez bien adaptés en classe ; d'autres qui, n'y étant pas, le seront par contre ultérieurement dans la société

-L'étiologie.

Il semble préférable avec ZAZZO de substituer la notion de déterminants à celle de cause de caractère trop univoque. Ainsi admet-on l'existence de multiples facteurs héréditaires,biologiques, affectifs, socio-culturels dont les interactions mutuelles contribuent à former les différents ta-

bleaux des déficiences.

Deux clivages nous paraissent pertinents :

- celui qui, dans une perspective de développement, distingue les déterminants précoces de ceux intervenus ultérieurement. En effet, c'est leur précocité d'action plutôt que leur importance intrinsèque qui, souvent, provoque la gravité de leurs effects ;

- celui qui, tout en évitant la dichotomie psychogénèse organogénèse différencie les déterminants d'ordre psychologique et étudie leur mode d'articulation autrement que sous un aspect purement réactionnel : on analysera le sens qu'a pour un enfant et ses parents une perturbation fonctionnelle ou une lésion organique ; on appréciera les facteurs affectifs d'une atteinte fonctionnelle en fonction de la signification pour le sujet et ses parents de cette fonction. Ainsi l'atteinte organique ne sera pas considérée comme exclusive et obstacle insurmontable à l'action psychothérapique. (M. Mannoni)

- Les pseudo-débilités

Les mises en question précédentes nous les font considérer non comme une catégorie séparée, mais témoignent de

la diversité des déficiences et de la variabilité du rapport entre déterminants, signes cliniques et Q.I.

Elles posent en tout cas le problème du rapport entre la notion "d'expression déficitaire" et celle de "structure déficitaire".

- Les psychoses.

Plutôt que de différencier, comme les anciens auteurs, les psychoses des déficiences à l'aide des dichotomies : inné / acquis ; syndrome relationnel / syndrome déficitaire ; origine organique / origine psychogène, il semble plus fécond d'essayer de déterminer la spécificité des structures psychotiques et déficitaires, et d'analyser les modalités de leur articulation. En effet, le problème des arriérations - psychoses est crucial dans la psychiatrie infantile actuelle; ainsi :

- il est des psychoses qui se manifestent ou évoluent sur un mode déficitaire, posant le problème de l'action d'un trouble psychologique sur une organisation fonctionnelle ou celui d'éléments structuraux communs (non accès aux processus de symbolisation par carence au niveau du signifiant paternel) ;
- à l'inverse, il est des arriérations, qui d'emblée ou secondairement, se psychotisent, mettant en évi-

dence l'influence des perturbations fonctionnelles sur les phénomènes de la personnalité ; les facteurs relationnels ayant, là, une action prépondérante (influence du sens que prend pour la mère l'atteinte lésionnelle ou fonctionnelle de son enfant).

- Enfin les arriérations graves, évoquant classiquement une origine organique, sont remises en cause par la notion d'autisme amenant à privilégier, plutôt que la notion de causalité somatique ou psychologique, celle de traumatismes précoces et graves (carences massives : abandonnisme, hospitalisme).

- Il semble ainsi impossible, d'un point de vue clinique et psychométrique, d'étiqueter de manière schématique un enfant de "débile" ou de "psychotique" avec mise en place d'une thérapeutique particulière : seule l'évolution, grandement dépendante de l'attitude adoptée, jugera...

Enfin, nous terminerons par la notion de gravité inséparable chez l'enfant de celle de non-progression. En ce qui concerne les déficiences mentales, ce n'est pas, nous l'avons vu, le Q.I., indice variable et relatif, ni l'étiologie or-

ganique qui peuvent servir de critère privilégié de gravité et d'incurabilité ("la psychothérapie des adultes en témoigne" - M. Mannoni). Nous pensons pouvoir leur appliquer ce que Diatkine dit au sujet de tout trouble mental chez l'enfant, considérant comme inquiétantes les manifestations régressives stéréotypées et l'absence de nouveaux investissements et acquisitions. C'est sous cet angle que doivent être envisager certaines formes "fixées" des déficiences qui paraissent peu sensibles à une action thérapeutique quelle qu'elle soit. Mais pour porter ce jugement, il faut avoir essayé....

L'ASSISTANCE -

L'assistance dont il s'agit concerne des sujets qui sont à la fois des enfants en âge de scolarisation et des "déficients mentaux" c'est-à-dire qu'elle va inclure des problèmes d'ordre pédagogique, éducatif et thérapeutique.

Il est à noter que l'intérêt porté initialement aux déficients mentaux le fut par l'intermédiaire de l'aide rééducative à leur dispenser. En effet, avant d'être l'objet des préoccupations des nosographes et des psychiatres, ils le furent des éducateurs et des pédagogues (au XIXème siècle : ITAR, SEGUIN, PESTALOZZI, etc..).

L'assistance, en plus des mesures sociales à caractère individuel, inclut des établissements régis par des normes administratives dans lesquels s'articulent, selon des modalités diverses, une prise en charge pédagogique, éducative et thérapeutique comportant des méthodes et techniques spécialisées.

Nous traiterons successivement ces modes de prise en charge tout en sachant qu'il s'agit d'une séparation artificielle ; ces domaines se recoupent souvent en ce qui concerne le déficient mental. Le clivage se situe plutôt, comme nous le verrons, au niveau de "l'esprit" ou de l'intentionnalité qui anime ces modes d'approche et se manifeste dans ces types de structure d'assistance.

- Structures pédagogiques

    - traditionnelles
    - " nouvelles "

- Externats médico-pédagogiques

PEDAGOGIE -

Les préoccupations concernant l'éducation sont inséparables d'un besoin de transmission d'une génération à une autre ; elles ont donc toujours existé. Mais la réflexion sur les fins et les moyens de l'éducation, c'est-à-dire la pédagogie, n'a pu naître dans l'antiquité qu'après la constitution d'un savoir que pouvaient détenir certains et qu'ils transmettaient sous forme d'enseignement.

Toutes les doctrines pédagogiques depuis PLATON impliquent la subordination de l'éducation à une fin, c'est-à-dire contiennent la dimension de l'idéal. Mais deux courants s'y affrontent ; ainsi

- ceux qui posent une fin précise : l'éducation idéale est celle qui permet que soit actualisée la représentation que l'adulte se fait de l'enfant ou de l'élève idéal ; la réflexion ne porte que sur les formes et les moyens que doit emprunter cette éducation pour y parvenir.

- d'autres pour qui l'éducation idéale est plutôt celle qui tient compte de la réalité

de l'enfant inscrit dans un devenir ; l'interrogation porte surtout sur le sens de ce devenir et ce vers quoi doit tendre l'éducation.

Aussi, ce ne sont pas les types d'enfants (c'est-à-dire déficients ou normaux) auxquels s'adressent les pédagogies, qui font leur différence radicale, mais ce sont ces deux conceptions de l'éducation qui induisent des modes d'approche pédagogique différents manifestés, d'une part, dans la pédagogie traditionnelle normale ou spécialisée, et d'autre part, dans la pédagogie institutionnelle ou dans des expériences psychopédagogiques d'inspiration analytique.

LA PEDAGOGIE TRADITIONNELLE -

Le système pédagogique traditionnel est celui qui fonctionne de manière typique dans les classes primaires de l'Education Nationale et, malgré quelques aménagements en fonction du type d'enfants considérés - les déficients - dans beaucoup de classes dites spéciales.

Pourtant de nombreux signes témoignent de son incohérence et même de sa nocivité à l'égard des enfants ne répondant pas à des normes culturelles et personnelles précises : l'importance sans cesse croissante du nombre des cas de retard, d'inadaptation scolaire et même de débilité mentale, nous l'avons vu, en est la manifestation.

Le système se justifie de sa fonction, enseigner, c'est-à-dire permettre que soit transmis un savoir posé comme idéal de connaissance. La loi du système est la loi de transmission du savoir. Le savoir est codifié dans un programme qu'il s'agit "d'appliquer" à ceux que l'on veut former. Ce système est basé sur une structure hiérarchique complexe où les rapports entre les membres s'articulent sur un mode de pouvoir dans le sens haut / bas, fort / faible, adulte / enfant et sont réglés par la loi du système ; ainsi :

- le "maître", désigné pour transmettre ce savoir ce qui le fait garant de la loi du système et le légitime dans l'exercice de sa pratique et de son autorité, est soumis lui-même à des règles multiples, au directeur, à l'inspecteur et aux circulaires administratives.

  Les rapports au système et au groupe s'analysent à l'aide des notions de statut, fonction et rôle :

  . le statut comme rapport du sujet à la loi est ce qui le désigne instrument de transmission du savoir.

  . la fonction comme pratique inhérente au statut est l'action de cette transmission identifiée à son action pédagogique.

  . Enfin le rôle, envisagé comme articulation mobile entre la pratique de la fonction et le vécu relationnel, ne comporte pas cette dimension chez lui. En effet, son rôle est fixé par le statut de la fonction. Il ne peut être qu'autoritaire dans un tel système basé sur la hiérarchie et l'autorité. Tout ce qui n'est pas autorité est déviation...

Chez le maître, le rôle n'est pas séparé de la fonction et du statut comme nous verrons qu'il peut l'être dans d'autres types de structures.

- "L'élève" n'est pas vu comme personnalité originale et spécifique, doué de qualités à épanouir, d'intérêts à susciter. Comme dans l'éducation familiale traditionnelle il est considéré par l'adulte, dont il a tout à recevoir, comme un être immature, irresponsable, "pervers", dont les tendances spontanées doivent être réprimées. Le seul élément positif que lui reconnaît la pédagogie traditionnelle est son intelligence. Grâce à elle il pourra parvenir aux fins que lui assigne l'adulte. Mais il s'agit d'une intelligence abstraite conçue dans sa seule fonction d'assimiler le savoir dispensé. On arrive à un modèle d'élève-standard évalué par rapport à la quantité de savoir qu'il est capable d'intégrer. L'intelligence ainsi comprise est donc l'élément valorisé par la pédagogie traditionnelle. Ce qui est proposé à l'élève, comme prix des contraintes subies, c'est la satisfaction d'être reconnu par maître et parents comme intelligent et savant. Dans cette perspective les méthodes pédagogiques ne sont que des techniques visant à exercer l'intelligence et la mémoire en vue d'une meilleure fixation du savoir. Elles laissent peu de place à la créativité de l'enfant, à l'expression de ses désirs malgré ce que l'on

sait du support libidinal des tendances épistémophilique :. Le travail est considéré comme opposé au plaisir.

- "La classe" est l'unité de base de l'institution scolaire. Ce terme désigne, à la fois, un lieu et un groupe d'individus (maître et élèves); en effet
  . par rapport à l'ensemble des enfants de l'école, une classe représente une tranche d'élèves dont le niveau scolaire présumé équivalent les rend justiciables d'un même programme divisé en matières. Les classes sont numérotées et ordonnées en fonction de leur "force". En dehors de la récréation, c'est-à-dire pendant le temps réservé à l'étude, il n'y a pas d'échanges entre les différentes classes. Chaque classe forme une entité isolée et close dans l'école. On passe d'une classe à l'autre chaque année si l'on répond aux critères requis.
  . par rapport à l'édifice scolaire, la classe est le résultat d'une division de l'espace en lieux pédagogiques dont la seule fonction est de rassembler des élèves autour de l'enseignement commun qui leur est dispensé. La classe

> est un lieu austère faite uniquement pour qu'y soit appliqué un programme. On y fait toujours la même "chose", à la même heure et toujours du "scolaire". Travail, activités diverses, plaisirs ne sont pas mélangés. Les tables des élèves et le bureau du maître sont ordonnés selon un mode immuable et tel qu'il facilite l'exercice de l'autorité et de la surveillance du maître. Les places des élèves sont fixées par le maître selon des critères de conduite et de travail.

La spécificité du groupe que constitue la "classe" est d'être une entité contrainte et abstraite formée d'un ensemble homogène d'individus (les élèves). C'est un but imposé de l'extérieur (passer des examens) qui dicte les aspirations communes et règle leurs rapports (compétition). Ils sont soumis à la discipline d'un leader (le maître) désigné et non élu.

Dans ce cas il y a peu de différence entre institution et groupe. La classe est une institution dans l'institution. Cette redondance, retrouvée d'ailleurs dans ce système à tous les niveaux, est source de rigidité des rapports et d'absence de communication. Nous verrons que ce jeu entre groupe et institution est le facteur essentiel de dynamisme dans d'autres types de structures.

<u>Les activités scolaires.</u>

La seule activité dont la pratique soit reconnue et qui serait plutôt une activité "passive", est l'acquisition des matières du programme ; celui-ci étant conçu en fonction de "ce que l'enfant doit savoir à cet âge" plutôt que par rapport à ce qu'il serait en âge d'apprendre.

Le programme impose :

- des apprentissages qui ont tous une finalité purement scolaire: lecture, écriture, compte-rendu, etc..; ils sont plutôt envisagés comme des conditionnements nécessaires à leur acquisition et leur restitution que comme méthode de travail et moyen d'expression.
- l'assimilation des connaissances: l'hypothèse de base est que l'enfant ne sait rien. Il s'agit donc de lui greffer un savoir qui, artificiel, vieilli et impersonnel, ne tient pas compte de la réalité socio-culturelle de l'enfant. Par ailleurs, il s'agit d'un savoir désexualisé qui doit répondre au refoulement pulsionnel de la période de latence.

L'apport de l'enfant est très peu sollicité tant dans sa créativité que dans son expression libre, verbale ou graphique, et dans les informations qu'il peut apporter

concernant son entourage social et familial. Si ses initiatives sont requises c'est pour alimenter un thème imposé par le maître en fonction du programme. Toutes manifestations de l'enfant sont jugées par le maître érigé en censeur.

L'enseignement est essentiellement verbal et dogmatique, la parole du maître est assimilée à la vérité, elle n'est pas à discuter. Le savoir est transmis directement sans médiation; c'est une fin "en soi" sans dialectique possible avec une pratique actuelle et son utilisation dans des échanges. Les principes et les méthodes de cet enseignement ont été définis par PALMADE dans "les méthodes en pédagogie" ; il s'appuie sur la psychologie des facultés mécanistes et sensualistes. Il ne s'agit pas tant d'une approche synthétique, avec vérification expérimentale, que d'une assimilation obtenue par :

- des opérations hypothético-déductives considérées comme caractéristiques de la véritable intelligence (segmentation du savoir en éléments égaux, enchaînement logique, abstraction, progression continue) ; ceci ne tenant pas compte des possibilités réceptives variables de l'enfant en fonction de sa maturation et de ses relations.
- des processus de mémorisation par répétition.
- l'exercice de l'intuition (donnée sensible offerte à l'observateur - psychologie sensualiste).
- l'émulation (note, classement).

Ce savoir n'est plus investi en fonction de sa valeur familiale et sociale que personnelle et libidinale (rôle et pouvoir conférés ultérieurement dans la société). l'expression libre et les activités de jeu ne font pas parties de l'enseignement mais sont permises dans les temps limites de la récréation considérée comme "coupage de sécurité" permettant à l'enfant de se "défouler" pour être plus appliqué ensuite.

Les relations - Les échanges.

- La relation maître-élève.

C'est l'instrument essentiel de la pédagogie. Seules sont comptées et reconnues les relations réglées par l'ordre symbolique ou loi qui structure le système. Dans ces conditions la relation maître-élève, répondant aux modes de fonctionnement autoritaire du système, est la seule possible, permise et en vigueur. C'est une relation duelle et abstraite. En effet, toutes les interférences extérieures qui pourraient venir en altérer la pureté sont refoulées vers un "dehors" plutôt considéré comme lieu de décharge des éléments transférenciels non assumés par la relation et déplacés sous forme "acting-out" ou même de passage à l'acte régressif de type sadique ou exhibitionniste. La relation maître-élève permet l'évite-

ment d'un rapport réel comportant la part d'affrontement nécessaire à une reconnaissance et un échange véritable.

La relation se fait par l'intermédiaire d'images idéales ; l'enfant projette sur le maître une image de père idéalisé et le maître le réfère constamment à l'enfant idéal qu'il doit être. Pour le maître, l'enjeu de la relation est la confirmation de son rôle auquel il s'identifie ; pour l'élève, l'enjeu est un gain de valeur manifesté par la réussite. Cette valeur est acquise par le savoir, phallus radieux et asexué, dont le maître se dépossède à son profit ; le caractère autoritaire de la relation jugule l'angoisse.

Ce type de relation produit chez l'enfant des mécanismes identificatoires globaux (identification à une fonction, à un symbole) et infantiles (devenir le modèle c'est-à-dire le remplacer magiquement et donc le nier). On ne trouve pas dans ce système de structure d'échange (travail, échange économique) induisant des rapports diversifiés et médiatisés.

Il n'y a pas de réelle communication entre individus constituée par un échange de paroles à travers le langage mais il existe uniquement le langage "officiel" ; le maître n'a pas de parole propre, il est le véhicule de ce langage. Une réponse toute faite est donnée avant même que leur

question soit posée.

Cette "prise" totale de l'enfant dans un langage "autre" ou étranger vient en prolonger et en entériner une autre inévitable mais pouvant être fondatrice et structurante : la prise de l'enfant dans le discours parental. Cette aliénation de l'enfant au discours de ses parents n'est pas aliénante si elle permet l'accès à celle fondamentale de "l'homme au langage" seul capable d'engendrer une parole libre. Par contre l'aliénation de l'enfant à "un langage" qui est en fait le discours du système pédagogique, peut être considérée comme aliénante.

- La relation parent - instituteur.

Dans les conditions idéales la famille ne doit pas interférer dans la relation maître - élève. Nous l'avons vu, il n'y a pas d'échange entre l'école et la maison : information à sens unique de l'élève et de l'institution aux parents quant au travail scolaire.

Les rôles sont nettement délimités entre maître et parents ; ils sont chargés de l'éducation et l'instituteur de l'instruction qui en est le prolongement. Les parents délèguent une partie de leur pouvoir sur l'enfant au maître chargé par la loi de l'enseigner. Le maître

est ainsi placé en dérivation de la fonction paternelle ; il est souvent pour l'enfant celui qui en sait plus que le père.

Les relations de l'élève au maître et au savoir seront d'autant meilleures que l'enfant aura reçu une éducation traditionnelle basée sur le principe de l'autorité et que la famille investira l'enseignement d'une valeur éthique et sociale. Parents et maître pourront s'utiliser mutuellement pour faire peur à l'enfant ce qui fait partie des méthodes pédagogiques et éducatives de chantage.

Mais la situation peut se détériorer si l'enfant ne travaille pas "bien". Si le conflit se développe, la famille accuse l'instituteur qui, fort de son rôle et de l'institution qui le mandate, aura vite fait de déclarer l'enfant non scolarisable et d'en appeler au juge médical.

Selon LOBROT, dans la "pédagogie institutionnelle", ce système, dont les objectifs pédagogiques essentiels sont : "la conformité aux programmes, l'obtention de l'obéissance, la réussite aux examens", peut être qualifié de bureaucratique. Cette pédagogie sécurisante destinée à juguler l'angoisse naissant de la relation enseignant / enseigné, forme un modèle d'homme adapté à la bureaucratie mais très peu autonome et "seulement désireux de se donner toujours de meilleurs systèmes de défense".

De ce fait on peut noter un type d'enfant hyper-adapté scolairement mais fragile, immature et dont la vie sociale et affective ultérieure témoignera d'une très médiocre adaptation soit par sa pauvreté, soit par les multiples aléas dont elle sera parsemée. Ne reconnait-on pas là, par exemple, les critères cliniques de la débilité mentale tels que pouvait les décrire CHASLIN ou MAGNAN !

D'autres enfants, dont ce type d'enseignement renforce les formations réactionnelles, sont cantonnés dans une application apauvrissante.

Les conséquences de ce système.

Il sera question d'enfants dont l'éducation, la personnalité, le mode de fonctionnement intellectuel, ne leur permettant pas une bonne adaptation scolaire, vont s'en trouver exclus avec l'étiquette péjorative "d'inadaptés".

Que devient la relation maître-élève et quelles sont les conséquences au niveau de l'enfant lorsque l'élève ne répond pas par son travail ou son attitude à ce que le maître attend de lui ?

Plusieurs causes sont à l'origine de l'échec scolaire mais l'élément essentiel est que l'enseignement

ne tient pas compte de la réalité de l'enfant ; ainsi :

- des enfants, provenant d'un milieu socio-culturel pauvre où le travail est surtout manuel, le verbe et la scolarité peu investis et les préoccupations plutôt centrées sur des nécessités vitales que des règles à observer, s'adapteront très mal à un enseignement essentiellement verbal transportant des valeurs culturelles d'une autre classe.

Il s'ensuit souvent une dévalorisation de l'enfant qui inadapté en classe, se croit inadaptable dans la société et souvent le devient. Cette dépréciation peut toucher sa famille et son père, surtout, qui ne soutient pas la comparaison avec le maître "qui sait".

- d'autres enfants dont le retard de développement ou les troubles de la personnalité ne s'accommodent pas de ce type d'enseignement : intérêts cognitifs non éveillés ou encore très liés aux investissements libidinaux actuels (période de latence non atteinte), difficultés d'apprentissage (lecture, écriture) dues à des perturbations fonctionnelles et psychologiques, mauvais traitements des opérations intellectuelles.

Echouant, l'enfant n'est plus reconnu par le maître, il n'est plus rien pour lui. L'enfant peut alors répondre par un comportement:

-soit d'opposition turbulente témoignant de sa non

reconnaissance de l'autorité du maître ; celui-ci n'assumera pas le conflit mais répondra par punition et exclusion ;

- soit de séduction en s'offrant comme objet du désir du maître.

Cette situation d'échec freine le développement en provoquant un désinvestissement des connaissances et parfois une dévalorisation de l'enfant par ses parents.

S'il s'agit d'un psychotique, les mouvements transférentiels de cet enfant produisent chez le maître une angoisse que le type de structure dans laquelle il est ne lui permet pas de soulager que par la mise en place d'un système défensif du type obsessionnel avec contre-investissement sur les attributs de sa fonction et les éléments de son savoir. Outre les conséquences chez le maître on perçoit ce qu'elles peuvent être chez cet enfant figé dans un modèle culturel obsessif et livré à "l'arbitraire" de l'autorité du maître.

A ce type d'enfants "ayant des difficultés scolaires" dont les troubles du comportement ne sont pas trop "bruyants" et la famille pas trop "gênante", l'éducation nationale offre des solutions pédagogiques ou psycho-pédagogiques, échappant ainsi à sa réputation d'intolérance.

- les rééducations scolaires demandées par les parents ou le plus souvent par l'enseignant, s'adressant aux "échecs

électifs", ont fonction d'éviter à l'enfant des conséquences de l'échec et de l'exclusion. Elles vont selon le rééducateur des simples leçons particulières à la recherche de l'établissement d'un transfert et d'activités capables de susciter l'intérêt de l'enfant sur l'objet scolaire. Quel que soit le déroulement de la séance, il ne peut s'agir que d'une technique partielle s'adressant aux symptômes dans une visée à court terme de réadaptation à une relation maître-élève et un enseignement inchangé.

Par ailleurs les rapports rééducateur-instituteur peuvent être source de conflit pour l'enfant : peu de contact entre eux et le rééducateur est souvent vécu par l'instituteur comme un rival ou un juge.

- les classes de perfectionnement dont le nombre est en accroissement constant, s'adressent aux débiles légers n'ayant pas de "troubles associés" c'est-à-dire dont le "déficit intellectuel" est seulement justiciable d'un "enseignement spécialisé".

C'est la commission médico-pédagogique de circonscription qui après constitution d'un dossier (médico-psycho-social) les admet.

La classe est conduite par un instituteur spécialisé. Son effectif ne doit pas dépasser 15 élèves.

Un arrêté du 12.8.1969 préconise deux périodes d'enseignement qui nécessiteraient l'existence de deux

classes, conditions rarement réalisées.

- attente et apprentissage scolaires ;
- acquisitions scolaires.

Les circulaires officielles stipulent que le "maître" est libre de sa méthode pédagogique, à l'initiative du programme et de l'emploi du temps. Bien que dans ces classes soient nées la plupart des "méthodes pédagogiques dites nouvelles", le plus souvent aucune réflexion, d'ordre éducatif ou même pédagogique concernant les enfants, ne vient soutenir l'action entreprise selon le modèle traditionnel. Il s'agit toujours "d'instruire" au sens strict, c'est-à-dire de faire acquérir un certain nombre d'apprentissages et connaissances scolaires. Mais compte tenu des incapacités de ces enfants, l'enseignement sera moins "contraignant" et plus adapté, le maître moins autoritaire et tout aussi directif.

L'enfant est toujours considéré de manière partielle par rapport à ses capacités intellectuelles. On ne peut parler d'une personnalisation de l'enseignement : la spécificité de l'enfant est envisagée seulement sous l'angle de son niveau scolaire en vue de lui "adapter" un programme inspiré, d'ailleurs, de celui des classes primaires normales. Ce n'est plus à travers la représentation idéale que l'enfant est jugé par le maître, mais suivant une image déficitaire. L'enfant est stigmatisé dans son échec et son incapacité confondue avec sa réalité.

Le but visé par le maître est l'adaptation envisagée seulement d'un point de vue scolaire. Il essaiera de stimuler l'intérêt de l'enfant par divers apprentissages et activités, mais dans le seul but d'obtenir une meilleure assimilation des connaissances qu'il juge indispensables.

L'enfant sera souvent cantonné dans une relation de dépendance passive au maître sans possibilité d'échange et d'expression. N'étant pas contraint lui-même par les exigences du programme comme dans les classes normales, le maître peut occuper pour l'enfant une place de toute puissance et être la seule référence.

Le groupe-classe n'a plus l'homogénéité abstraite de la classe normale (pas d'étapes communes à franchir, âges, niveaux différents) mais n'est pas non plus un groupe réel avec tout le dynamisme que cela supposerait pour ses membres : aucun espoir nouveau n'est venu remplacer les idéaux imposés dans la pédagogie normale pour provoquer sa cohésion et une retotalisation de ses éléments. Le dénominateur commun de ces enfants est leur infériorité ; leur perspective est de s'adapter à leur statut d'inadaptés ; le maître est là pour les y aider.

Dans ces conditions on perçoit mal comment les activités et le savoir pourraient être investis ; il n'y a même plus la stimulation des examens, la peur des notes et des

punitions, par contre il peut s'agir de gagner l'affection du maître en s'adaptant à ses demandes.

Règne souvent dans ces classes de pédagogie dites libérales, une atmosphère de stagnation, d'inutilité, de désabusement.

Ce que nous avons dit des conséquences de la pédagogie des classes normales vaut aussi ici.

Si l'enfant parvient à quelques acquisitions et apprentissages, c'est souvent au prix d'une polarisation exclusive sur l'objet scolaire et le maître, au détriment de son évolution globale. L'effet maturatif d'un tel enseignement paraît problématique.

LES PEDAGOGIES NOUVELLES -

Par opposition aux méthodes autoritaires ces pédagogies sont dites actives. PALMADE en donne la définition suivante :

"Les méthodes impliquent une activité dans l'acte même par lequel on apprend certaines connaissances en les découvrant. Selon le développement de l'enfant, elles le font participer activement à l'élaboration même des connaissances ; elles mettent en jeu son initiative créatrice au lieu qu'il reçoive passivement du maître ou du manuel ".

Ces méthodes ont été souvent élaborées à partir du constat d'échec des méthodes traditionnelles face à l'enseignement des "enfants inadaptés". Mais elles ne se contentent pas d'être des méthodes qui, par des procédés divers, servent à obtenir un meilleur rendement dans le cadre d'un enseignement aux résultats fixés d'avance. Elles comportent une réflexion non seulement sur les moyens, mais aussi sur les fins de l'enseignement et de l'éducation.

Toutes ces méthodes opèrent, par la démarche inverse qu'elles suivent, une critique du système traditionnel ; leur spécificité venant du niveau où elle porte, de l'évaluation différente des éléments à transformer et des structures à mettre en place en fonction du but poursuivi.

Un certain nombre de points communs se dégage :

- une mise en cause du type d'adaptation obtenu par l'enseignement traditionnel. Il s'agit plus d'une adaptation aux normes scolaires que d'une réelle adaptation. L'intégration sociale doit commencer à l'école qui n'est plus un milieu clos coupé de l'extérieur. Dans ce but, on ne peut se contenter d'instruire, il faut aussi éduquer en vue du développement global de la personnalité de l'enfant ;

- une mise en question de la relation maître - élève. L'enfant est une totalité en devenir et non un être partiel considéré en fonction de ce que l'on veut faire de lui : il faut être à l'écoute de ses "intérêts" plutôt qu'agir dans son "intérêt". L'adulte n'a pas à profiter de sa supériorité pour imposer à l'enfant un modèle éducatif ; il doit s'associer à la tâche de l'enfant qui est d'être l'agent de son éducation en vue d'une réelle autonomie. Le rôle de l'enseignant-éducateur est de contribuer à l'éveil des intérêts de l'enfant et de favoriser ses capacités d'expression et d'échange avec ses semblables. L'accès à un savoir authentique, répondant aux besoins de l'enfant, ne

peut se faire que dans ces conditions.

Les différentes méthodes pédagogiques.

Ces méthodes, dont nous venons de voir les options communes, se différencient selon qu'elles font appel aux mécanismes individuels (intérêt de l'enfant suscité par des activités qui lui sont adaptées) ou aux échanges et activités de groupe considérés comme étant le facteur dynamique essentiel.

Citons d'abord les méthodes MONTESSORI et DECROLY qui furent initialement destinées à l'enseignement des déficients mentaux en classes spéciales.

- La méthode MONTESSORI est basée sur le repérage de périodes sensibles chez l'enfant pendant lesquelles il est plus réceptif.

- Pour DECROLY, il ne faut pas séparer l'enfant de son milieu naturel et humain ; par l'invite constante qui lui est faite de s'exprimer, on tend à lui faire prendre conscience de son rôle dans l'école et la société.

L'alternance de liberté et de discipline est un élément important de ces méthodes.

Moins idéologique que la méthode decrolyenne est la pédagogie FREINET, née après guerre, dont l'importance se situe à deux niveaux :

- D'une part, elle est issue de la volonté transformatrice d'un instituteur de classe normale - Célestin FREINET - à partir du constat des contradictions de sa pratique enseignante. Les idées de force qui en naquirent, comme :

. l'éducation atteint d'autant mieux ses objectifs qu'elle répond aux besoins de l'enfant ;

. l'école a un rôle de préparation à la vie, elle ne peut plus être un milieu clos séparé de l'extérieur

furent immédiatement prises dans une pratique destinée à en éprouver les effets ; cela donna lieu à la "classe coopérative" qui est son innovation essentielle.

- D'autre part, elle fut fécondée à la fois par ses nombreuses applications tant dans les classes normales et spécialisées que par les recherches qu'elle suscita. En effet, elle donna naissance à un groupement - l'Ecole Moderne de Célestin FREINET - dont les membres, étudiant les problèmes des classes rurales et urbaines, se réunissaient en congrès pour débattre des thèmes majeurs de l'éducation (discipline, expression libre....).

C'est, par ailleurs, au sein du mouvement FREINET qu'émergea

le courant de la pédagogie institutionnelle qui donna naissance, après l'éclatement de celui-ci dans les années 60, à d'autres formations.

- "La classe coopérative"

  - avant d'adapter les activités aux besoins de l'enfant, il faut connaître ses besoins ;
  - avant de faire appel à ses apports personnels et à sa libre expression, il faut rendre ceux-ci possibles.

Ce sera la fonction de la classe coopérative de permettre par les structures et les situations créées que soient visibles ces besoins et possibles ces modes d'expression. Le maître abandonnant son rôle autoritaire, mais non d'adulte, sera le garant du bon fonctionnement de la classe et attentif aux demandes des élèves.

TORAILLE indique les caractéristiques d'une coopérative pour qu'elle possède une réelle valeur éducative :

  - "La coopérative scolaire est une société d'élèves fondée sur le travail de ses membres et qui a pour objet de développer parmi eux le sens des responsabilités et de solidarité active en vue de les former à leur rôle de citoyens d'une

démocratie libre.

- La coopérative peut sans doute disposer d'un magasin se livrant à des activités de caractère économique, mais ces activités ont un caractère secondaire ; et le terme de coopérative ne saurait s'y appliquer.

- Par la coopérative scolaire, ce sont les enfants qui prennent en main, effectivement, l'organisation de l'activité, du travail, ou la vie de leur école. C'est cela et cela seul qui importe. La coopération scolaire vous apporte des normes possibles pour cette organisation. Ne commencez pas par imposer les normes aux dépens de l'esprit".

De très nombreuses techniques sont introduites dans la classe : expression libre verbale, corporelle, esthétique, imprimerie, journal scolaire, correspondance interscolaire, enquête, bibliothèque, etc... Cela permet à chacun un travail de groupe et individuel (mobilier non fixe dans la classe).

Le groupe existe réellement basé sur la confiance dans la réalisation des tâches communes ; les rapports de chacun des membres ne sont pas formés sur la compétition mais sur le dépassement de soi par rapport au travail à accomplir. L'enfant n'est jamais mis face à une situation

d'échec total (priorité donnée aux textes libres, pas de demande impérative du maître). Ces éléments sont particulièrement favorables aux enfants handicapés habituellement enfermés dans leur incapacité et le sentiment de leur infériorité.

La classe tire son dynamisme essentiel d'être reliée à la vie réelle et quotidienne : on y parle de la famille et les problèmes de l'actualité sous différents aspects.

La pédagogie institutionnelle.

Elle est née d'un essai de donner un fondement conceptuel et d'une dimension plus radicale de contestation de "l'institution scolaire" à ce courant qui, véhiculé par le mouvement FREINET, tentait par une démarche, dont l'empirisme n'en éliminait pas l'efficacité, de transformer la classe.

Mais sous l'étiquette "pédagogie institutionnelle", un aperçu historique va nous permettre de repérer deux tendances divergentes dont les représentants appartiennent à des titres différents à l'enseignement spécialisé -(nous prendrons appui sur le travail de Ginette MICHAUD "Analyse institutionnelle et pédagogique").

- LABROT (professeur au centre national de Pédagogie Spéciale- socio-psychologue) dont les tra-

vaux, inspirés par la psychothérapie rogérienne et présentés dans la "Pédagogie institutionnelle", consistent plus en l'élaboration théorique d'un modèle à expérimenter qu'en réflexions basées sur l'expérience.

- Fernand OURY (instituteur de classes de perfectionnement) dont les recherches et la production théorique (entre autres le livre écrit en collaboration avec A. VASQUEZ "Vers une pédagogie institutionnelle") furent inséparables d'une pratique d'abord inspirée par les méthodes FREINET, puis enrichie par les concepts de la psychothérapie institutionnelle.

Ces deux personnages se sont d'abord retrouvés au sein du G.T.E. "Groupe de techniques éducatives", formation née de la dissolution du mouvement FREINET en 1960. Leurs divergences manifestées au sein de ce groupe provoquera sa scission en 1965, séparant ainsi :

- ceux qui autour de LOBROT et de LAPASSADE s'inspiraient de la psychosociologie ;
- et ceux qui avec Fernand OURY, au sein du G.E.T. ou "Groupe d'Education Thérapeutique" créé en 1964, essayaient d'élaborer la mise à l'épreuve dans la classe coopérative des

concepts issus des recherches de groupe de psychothérapie institutionnelle acceptant une approche freudienne des problèmes.

Mais depuis longtemps, les recherches de certains instituteurs du mouvement FREINET et, depuis 1950, d'un groupe de psychiatres qui, à la suite de TOSQUELLES et J. OURY se réunissait d'abord sous le nom de G.T. Psy de 1958 à 1963, puis de S.P.I. "Société de Psychothérapie Institutionnelle", étaient parallèles.

Les réflexions des psychiatres du G.T. Psy. peuvent s'appréhender comme "un essai de prise en charge et de maîtrise du milieu de soins afin d'en diminuer le vecteur d'aliénation sociale en favorisant les échanges de toute nature par la mise en place de médiations entre les individus et les groupes en présence ; réunions, clubs, grilles de travail ayant pour résultat d'organisation du milieu de vie, le déblocage des circuits imaginaires et pour objet, la prise en charge économique de secteurs donnés du collectif". (Ginette MICHAUD)

Plusieurs faits témoignent de la collaboration de longue date entre ces instituteurs et ces psychiatres :

- En 1953 le Docteur J.OURY avait demandé à F. OURY sa participation à l'E.M.P. d'Herbault où il commençait à mettre en place des techniques regroupées, plus tard, sous le nom de "Techni-

ques de psychothérapie institutionnelle".

- En 1958 le Docteur J. OURY avait proposé le terme de "Pédagogie institutionnelle" pour rendre compte du parallélisme de l'orientation pédagogique et psychiatrique. D'ailleurs depuis cette date, certains instituteurs essayaient d'intégrer au sein d'une classe, modifiée par la "coopérative", des méthodes utilisées par les tenants de la psychothérapie institutionnelle : un exemple en est donné par les nosographies : "A propos du cas d'un enfant et à travers son histoire à l'école, un instituteur ou une institutrice aidé dans ses observations par le dialogue avec ses collègues, cherche à comprendre ce qui se passe dans sa classe, à éclairer les blocages ou les progrès".

La pédagogie institutionnelle peut se définir ainsi (F. OURY et A. VASQUEZ) :

- d'un point de vue statique :
  " comme la somme des moyens employés pour assurer les activités et les échanges de tous ordres dans et hors la classe ".

- d'un point de vue dynamique :

"comme un courant de transformation du travail à l'intérieur de l'école" ; en effet, "les changements techniques, les relations inter-individuelles et de groupe à des niveaux conscients, la structuration du milieu créant des situations qui, grâce à des institutions variées et variables, favorisent la communication et les échanges".

Ainsi, sur le plan du contenu la pédagogie institutionnelle s'inspire des techniques de la classe coopérative, mais avec la psychothérapie institutionnelle, elle opère une contestation des "structures concentrationnaires et hiérarchiques" que sont l'école et l'hôpital, comportant des modes d'échanges affectifs et verbaux qui paralysent le développement de l'enfant ou la communication avec le malade.

Leur moyen essentiel de contestation (et qui fait, selon J. OURY, la spécificité de la psychothérapie institutionnelle), est la mise en place d'institutions de médiations permettant de réarticuler, donc de mobiliser, des demandes qui, sans cela, se heurtent à la relation directe à l'autre, ce qui les fige et les fixe dans des échanges imaginaires. D'après Ginette MICHAUD, ce "blocage" des demandes, par des systèmes de médiations, permet que "le désir se manifeste, désir d'être là, d'être en classe, sous-tendant

l'intérêt porté au savoir ou à la communication et qui, finalement pour l'enfant, modifiera son rapport au savoir sans qu'un pouvoir soit intervenu".

Ainsi, à propos de l'imprimerie, le Docteur J. OURY écrit :

"Il y a quantité de petites demandes qui sont articulées et, ce qui est très important, c'est qu'il peut y avoir une diversification, qu'on ne peut soupçonner à l'avance. Une quantité de demandes apparaissent souvent comme une dimension inattendue, comme des révélations de personnalités". L'imprimerie apparaît donc comme une médiation car : "Au lieu d'avoir un face à face, les enfants sont face à un objet ; pas forcément un objet matériel mais aussi une institution, une réunion, un conseil, enfin quelque chose d'autre qu'eux-mêmes ou que leurs semblables. C'est l'introduction d'un troisième terme dans une relation duelle".
Or c'est justement, d'après le Docteur OURY, ce troisième terme qui permet la dialectisation "d'un faisceau très varié de demandes" indispensable à la mise en circulation d'un élément vital, pour l'institution et les gens qui la composent, à savoir : le désir....

Et, ainsi que le souligne G. MICHAUD, il n'y a que la théorie freudienne et ses développements chez LACAN pour lier les phénomènes du désir et de la demande, avec les instances de l'Idéal du Moi et du Surmoi (importantes à souligner car

elles sont capitales pour le développement de la personnalité de l'enfant), avec les rapports du sujet à l'objet de son désir, avec le champ culturel du langage, le rapport au savoir, au pouvoir et au sexe.

Cette communauté des démarches psychiatriques et pédagogiques se situe donc dans le fait de considérer que les différents milieux, qui soignent ou enseignent, ne le font pas seulement en utilisant des techniques spécifiques mais en instituant un type de rapport, entre tous les membres présents, qui leur permet de se reconnaître comme capables de parole en échappant aux relations de dépendance et de ségrégation habituelles.

Ainsi, signaler des analogies entre des méthodes, (celles de la pédagogie et de la psychothérapie institutionnelle) ne signifie pas que l'on considère les enfants comme des malades, même s'ils sont "soignés" en étant "enseignés", mais que l'on veut mettre en place des structures non aliénantes qui n'entérinent ou ne provoquent pas l'aliénation.

Enfin, dans le cadre de cette pédagogie "renouvelée" (plutôt que nouvelle) et dans une visée quant au fond peu différente de celle de la pédagogie institutionnelle, il convient de citer <u>l'expérience de l'école des SAMUELS</u> créée en 1965, relatée par X. AUDOUARD dans "l'idée psychanalytique dans une maison d'enfants", et dont les principes de bases furent

édictés en 1967 en un "projet de rapport normal" par le directeur. D'après celui-ci :

- il ne s'agit pas d'une école de rattrapage privée ou d'un externat médico-pédagogique, mais d'un établissement qu'il qualifie "d'institut psycho-pédagogique" ou mieux "pluridimentionnel" ;
- Cet institut s'adresse "à des enfants dont la non-réussite scolaire n'est autre que le symptôme de difficultés psychologiques profondes" ;
- le but de la maison n'est pas pour autant thérapeutique mais pédagogique au sens que ce mot peut recevoir si on le dépouille d'une imposition systématique des valeurs dans une structure autoritaire.

Mais quelle est cette démarche, capable de libérer ces enfants de leurs difficultés psychologiques, qu'exprime le symptôme "échec scolaire" par une action qualifiée de "non thérapeutique" mais d'ordre exclusivement pédagogique ?

Deux principes théoriques sont alors postulés :

. l'un concerne le sens de l'"aliénation" de l'enfant et le moyen d'y palier ;

. l'autre, le sens de l'action pédagogique.

- Le premier postulat est inspiré des conclusions du Colloque tenu en 1967 sur "l'enfance aliénée"

"Comprendre un enfant, c'est comprendre à la plus grande profondeur possible, le discours secret de ses parents qui le précédent et qui l'ont lentement préparé à être ce qu'il est aujourd'hui. Mais corrélativement, permettre à un enfant de se comprendre, c'est créer, dans les structures de l'institution même où il vit, les conditions favorables à l'expression de ce discours dans lequel il est pris et qui n'étant pas le sien l'aliène dans une certaine mesure".

- Le second postulat dérivé du premier concerne la pédagogie : il s'agit "d'une perception nouvelle du sens de l'éducation" et de l'idée de transmission qui lui est inhérente.

"Chaque père a pour mission de faire découvrir à son enfant qu'il a son vrai père en lui-même, et pour tâche, de lui montrer comment se mettre au service de la parole de ce seul vrai père. Faire reconnaître à l'enfant que toute parole pour appartenir à cet ordre du père, doit s'infléchir en trouvant les lois de son engendrement pour elle-même, voilà la visée de l'action pédagogique".

Ainsi l'accès de la culture, but de la pédagogie, devient-il accès non pas à tel ordre imposé de l'extérieur, mais à l'ordre comme tel, c'est-à-dire à celui qui inclut pour chacun sa relation à son propre père considéré, ici, en tant que

support du "Non du père", plutôt que père réel ; cet ordre est "l'ordre symbolique".

Mais pour que la culture devienne aussi "le langage" par excellence et que la loi soit " la loi de la parole", cela implique de la part des adultes de cette école le refus d'une attitude rigide "enseignante" et autoritaire au profit d'une manière d'être "faite de non-angoisse et de vigilance ; cette écoute, sauvegardant la dimension symbolique, permet à l'enfant de "dire sa demande", prélude à l'éveil de son élan créatif et d'une connaissance véritable.

On peut se demander, si cette optique qualifiée d'exclusivement pédagogique, n'a pas plus à voir avec la thérapeutique que ce qui, souvent, dans le domaine psychologique est entendu sous ce vocable....

LES EXTERNATS MEDICO-PEDAGOGIQUES OU E.M.P. -

Un aperçu historique, empruntant largement au livre de J.L. LANG "Rééducation en externat", va nous permettre de mieux situer ces établissements parmi ceux que l'assistance offre aux enfants inadaptés.

Depuis longtemps et jusqu'à une époque récente, les classes ou établissements spécialisés présentés par l'assistance aux enfants déficients et inadaptés, étaient de deux ordres :

- des classes (les classes de perfectionnement datent de 1910) ou des établissements fonctionnant exclusivement en externats qui, placés sous l'égide de l'Education nationale, dispensaient une pédagogie spécialisée visant à une meilleure adaptation scolaire et constituaient un milieu éducatif plus adéquat à l'épanouissement de l'enfant ;
- des internats reconnus, du fait de leur rapport avec des établissements hospitaliers, par les organismes d'assistance médicale et jugés seuls aptes à ce qu'y soient menées les actions thérapeutiques et médico-pédagogiques envers les enfants dont le handicap ou les perturbations

affectives et relationnelles étaient trop importantes pour qu'ils puissent bénéficier d'une pédagogie spécialisée. Les internats datent d'avant la dernière guerre.

Cette distinction, trop tranchée entre, d'une part, des externats à "pédagogie spécialisée" sous la responsabilité de l'Education Nationale et sans orientation médico-psychologique et, d'autre part, des internats à caractère sanitaire sous la tutelle du Ministère de la Santé, des organismes de sécurité sociale et d'aide sociale, aboutissait à des séparations plus arbitraires que raisonnées et à des conflits de prise en charge des enfants.
Ainsi, s'y retrouvaient :

- ceux qui, considérés comme "déficients" mais non malades, devaient rester sans bénéficier d'une aide psychologique dans le circuit de l'école gratuite ;

- et d'autres, qui de part leurs troubles, devaient être "assistés" en étant coupés de leur famille et totalement pris en charge dans des établissements où le domaine pédagogique n'avait aucune place.

C'est pour atténuer cette disparité et réduire cet écart que se créèrent, à partir de 1930 sur le modèle de

la consultation de Vaugirard du Professeur HEUYER et des Child guidance clinico anglo-saxonnes, des centres médico-psycho-pédagogiques de cure ambulatoire ou C.M.P.P. destinés à faire bénéficier d'une aide psychologique, les enfants maintenus dans les classes spéciales ou dans leur milieu familial ; mais cette "double prise en charge" thérapeutique et pédagogique, s'avérait difficile et infructeuse par manque de coordination et, souvent, de par la divergence d'optique entre les prises en charge, éducative, thérapeutique et pédagogique.

C'est à un tel besoin de coopération, entre ces différentes équipes en vue d'une action cohérente envers l'enfant, que répondait la création d'externats médico-pédagogiques. Depuis un certain temps déjà, ils existaient comme expression d'initiative individuelle mais ils ne furent agréés, par la Sécurité Sociale, qu'en vertu du décret du 9 mars 1956 et, par l'Aide Sociale, suivant l'arrêté du 7 juillet signé conjointement par l'Education Nationale et le Secrétariat à la Santé.

En plus des conditions techniques des établissements soumis à "agrément", il est cité dans ces actes "législatifs" des catégories d'enfants pouvant en bénéficier. Aussi, l'annexe 24 du décret du 9 mars 1956, détermine parmi les déficients mentaux ceux relevant d'un placement en institut médico pédagogique. Ce sont "des enfants atteints de défi-

cience à prédominance intellectuelle liée à des troubles neuro-psychiques, exigeant sous contrôle médical, le recours à des techniques non exclusivement pédagogiques" ; selon les textes officiels, les catégories visées, plus particulièrement par ces instituts, sont les débiles légers et moyens (détermination par Q.I.) à l'exception des arriérés profonds.

En effet, les enfants ayant des troubles du comportement et du caractère sont justiciables "d'instituts de rééducation", dont ce n'est que depuis peu que l'on tente d'en faire des "externats psychothérapeutiques" et non de simples "centres" pour inadaptés secondaires ou caractériels ; ceux atteints de maladies mentales évolutives ou d'arriérations profondes doivent être dirigés dans des sections spéciales des hôpitaux psychiatriques, les hôpitaux de jour ne datent que de 1960.

Mais, la circulaire officielle du 16 mars 1972 signée par les Docteurs DUCHE, NISES et LEBOVICI en fait état, le mode de fonctionnement et d'organisation différent de ces établissements ne peut être basé sur des catégorisations aussi rigides ne correspondant pas à la réalité des faits mis en évidence par l'évolution de la psychiatrie infantile :

- important rapport entre arriération et psychose ;
- présence des troubles de la personnalité et du comportement ;

- difficulté de référer des différences spécifiques entre les déficients à partir du seul critère psychométrique.

Par ailleurs, parmi ces instituts médico-pédagogiques, agréés pour certaines catégories d'enfants, il conviendrait de déterminer (ce que ne font pas les décrets officiels) ceux justiciables d'un placement en externat (E.M.P.) ou en internat (I.M.P.) : interviennent à ce niveau des critères d'ordre familial, personnel concernant l'enfant, et relatifs au mode d'organisation de l'établissement "accueillant".

En effet, ces externats médico-pédagogiques se proposent un triple objectif : thérapeutique, éducatif et pédagogique :

- thérapeutique comprenant :
  - . une action auprès des familles ;
  - . des rééducations ;
  - . des méthodes psychothérapeutiques ;
  - . la possibilité de traitements médicaux.
- éducatif comportant des activités et des techniques diverses dont le but est d'augmenter les possibilités d'adaptation et d'autonomie de l'enfant.
- pédagogique visant, par des méthodes spécialisées, à l'acquisition d'apprentissages et de

connaissances scolaires. Dans ces établissements, ce domaine est considéré, souvent, comme subordonné aux deux premiers.

Nous pourrions en ajouter un quatrième, social, qui suppose la prise en considération de la réalité sociale de l'enfant, de sa famille et des impératifs dont dépendront, à sa sortie, ses possibilités d'intégration.

Les quatre buts induisent un type d'organisation particulier,avec la présence de différents services (social, médico-psychologique, pédagogique), et un mode de fonctionnement complexe dérivant de la pluralité des fonctions.

Aussi, il s'agira de savoir si ces instituts sont des établissements "protégés", où l'on dispense des "rééducations", une "éducation" et une "instruction" spécialisées avec l'idée d'un certain rendement et d'un résultat préconisé à l'avance, ou si ce sont des structures à travers lesquelles les actes, de "soigner", "enseigner", "éduquer", ne sont pas le résultat des seules techniques partielles mais deviennent des modalités d'échange entre adultes et enfants ; ceci lui permettant de se situer par rapport aux autres, à leurs idéaux et leur histoire, c'est-à-dire de se "saisir" comme personnalité au sens où l'entendait, déjà, LACAN dans sa thèse "La psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité".

E.M.P. DE BLANC-MESNIL -

. Historique

. Organisation statutaire

. Organisation et fonctionnement interne

- Lieux et planning

- Corpus

- Etude structurale de l'institution

- Commentaires

HISTORIQUE -

En 1968, c'est la municipalité qui a pris l'initiative de demander à l'Education Nationale, la possibilité de créer un externat médico-pédagogique dans le groupe scolaire Paul Langevain. Des bâtiments préfabriqués, vides depuis le départ d'un C.E.G. vers le sud de Blanc-Mesnil, permettaient une telle adaptation. Ce projet venait comme prolongement à la réalisation d'un C.M.P.P. créé en 1967.

A partir de deux bâtiments préfabriqués identiques séparés en deux classes, on en aménagea cinq augmentés d'un bloc administratif médico-psychologique et d'une salle de gymnastique. On macadamisa la cour délimitant une aire de récréation et on installa diverses clôtures pour séparer l'E.M.P. du groupe scolaire avoisinant. On cloisonna les sanitaires existants pour en réserver une partie à l'établissement ; on les dota d'installation de douches.

L'année suivante, on construisit un atelier attenant latéralement au bâtiment principal.

Les installations du groupe Paul Langevain pouvaient être utilisées à des heures différentes, par les enfants de l'E.M.P ; il n'y eut pas à prévoir de réfectoire et cuisines.

L'utilisation des locaux existants rendit possible

financièrement l'implantation rapide d'un tel E.M.P. dont le financement provintà 40 % du département, à 25 % de la sécurité sociale et à 35 % de la municipalité.

Notons que le dossier d'un projet E.M.P. - EMPro, pour 120 enfants, fut déposé en 1969 sans prolongement de réalisation.

ORGANISATION STATUTAIRE-

L'établissement médico-pédagogique de Blanc-Mesnil est un établissement public et communal dont la gestion administrative et financière dépend dela municipalité. Il est régi par un réglement intérieur promulgué par le Maire (réglement en date du 7 janvier 1969).

Par ailleurs, c'est un établissement à caractère sanitaire réglé par le régime de la convention collective et non par la Loi de 1901 comme la plupart des E.M.P. ; les conditions d'agrément et de financement de prise en charge des ayant-droits (assurés sociaux et bénéficiaires de l'Aide Sociale) sont fixées par l'intermédiaire de la D.A.S.S., de la Caisse régionale d'assurance maladie, de la Caisse départementale d'Aide Sociale, selon :

- un réglement général commun à tous les instituts médico-pédagogiques : décret du 9 mars 1956 et article 43 de l'arrêté ministériel du 7 juillet 1957 ;
- les conventions particulières passées dntre la municipalité et ces organismes : conventions avec la sécurité sociale pour les assurés sociaux (12 novembre 1968) et pour les bénéficiaires del'Aide Sociale (1er janvier 1968).

Enfin, il a été créé dans cet établissement, dont les enfants d'âge scolaire ne sont pas de par leur "incapacité" dispensés de l'obligation scolaire, une école publique spécialisée comprenant un directeur pédagogique et des instituteurs spécialisés sous la responsabilité des autorités académiques. Les rapports de la municipalité avec cette école ne son pas réglés par une convention mais ont été aménagés, jusqu'à présent, par un protocole d'accord en date du 2 Octobre 1969.

L'Etablissement : gestion administrative et financière.

L'établissement est agréé, par arrêté préfectoral en date du 7 février 1969, pour recevoir 50 enfants présentant des "déficiences intellectuelles et, à des degrés divers, des troubles associés exigeant le recours à des techniques non exclusivement pédagogiques sous contrôle médical".

C'est la municipalité qui est la collectivité gestionnaire sur les plans administratif, financier, général et la D.A.S.S. , l'organisme de tutelle.

- Gestion financière.

Le budget est fixé par la municipalité et l'établissement dans des normes imparties par la D.A.S.S. Elle fixe le taux d'augmentation budgétaire annuel et le "prix de journée" sur la base duquel il est calculé.

Le "prix de journée" est déterminé selon la réglementation applicable aux établissements hospitaliers publics et le taux accordé à chaque établissement dépend aussi de l'ensemble des dépenses de celui-ci. Il comprend : "tous les frais relatifs aux personnels de l'établissement et aux auxiliaires médicaux, tous les frais relatifs à la pension, boisson et taxe comprises. Il comprend également les honoraires des médecins et les frais pharmaceutiques".

En dehors du "prix de journée", l'établissement ne peut demander aucun supplément aux organismes payeurs (caisse régionale de sécurité sociale, caisse départementale d'aide sociale) ou aux familles.

A l'E.M.P. de Blanc-Mesnil, le tarif de remboursement des caisses correspond au "prix de journée". Il est de 100 % et est versé directement à l'établissement.

Les conditions d'agrément et impératifs budgétaires ont comme conséquences :

- un nombre de jours ouvrables supérieur (200 jours par an) à celui des établissements de l'Education Nationale ;
- une réglementation municipale pour lutter contre l'absentéisme dont le taux ne doit pas dépasser celui fixé par la D.A.S.S. A ce propos le réglement intérieur communiqué aux familles

stipule :

"Lorsqu'un enfant sera absent pour raison de maladie, les parents devront prévenir le directeur dans la journée et fournir un certificat de leur médecin le jour du retour de l'enfant à l'établissement. En cas d'affection se prolongeant, le médecin de l'E.M.P. peut prendre directement contact avec le praticien traitant. Les seuls motifs valables autre que la maladie sont :

- décès d'un membre de la famille ;
- empêchement résultant de la difficulté accidentelle de communications.

(article 10, de la loi du 28 mars 1882).

"Lorsqu'un enfant se sera absenté sans motif valable, le "prix de journée" ainsi perdu sera réclamé à la famille par le directeur de l'"EMP".

- la nécessité d'un effectif complet d'enfants (50 permanents, 3 en attente) quelle que soit son incidence sur la qualité de travail de l'équipe ;
- une limitation de la zone de recrutement des enfants compte tenu des frais de ramassage scolaire à la charge du budget ;
- la rigidité des critères d'admission par rapport aux types de déficiences des enfants dont les

prises en charges sont agréées par les caisses. le rapport annuel du directeur, à la D.A.S.S et aux caisses, doit confirmer le respect de ces normes.

- Gestion administrative.

Le directeur de l'établissement et le personnel, à l'exception de ceux dépendant de l'Education Nationale, sont nommés par le maire et dépendent de son autorité. Depuis la création de l'E.M.P., il est à noter que ce sont les directeurs pédagogiques qui en assument la direction (en vertu d'un accord avec l'Education Nationale).

En vue d'un meilleur dialogue entre les représentants de la municipalité, du service de gestion communale et les représentants du personnel, il a été créé en avril 1971 un comité consultatif de gestion comprenant en dehors des représentants de la municipalité :

- quatre membres de droit (le médecin-chef et le directeur administratif des services médico-sociaux, le directeur et le médecin représentant l'E.M.P.) ;
- quatre membres du personnel de l'établissement désignés selon les modalités choisies par les intéressés.

En fait, la création de ce comité fut sans lendemain ; absence de confiance en son efficacité de la part du personnel, divergences quant aux modes de représentativité, syndicale ou personnelle, de ses membres.

Le personnel : statut et fonction.

Le personnel répond à trois sortes de statut ; ainsi :

- le personnel de l'Education Nationale est nommé par le recteur de l'Académie. Il s'agit des instituteurs, enseignants ou directeurs qui demeurent soumis aux statuts des enseignants exerçant dans un établissement de même catégorie. Leur rémunération est à la charge de l'Education Nationale, mais compte tenu du fonctionnement particulier de l'E.M.P. (repas obligatoire, heures supplémentaires, période de vacances écourtée), ils perçoivent des indemnités forfaitaires incluses dans le budget de l'établissement et réglementées par la D.A.S.S.

- le personnel communal perçoit une rémunération fixée par la municipalité et prise sur le budget de l'établissement. Il se compose d'une infirmière à plein temps, de trois aides éducatrices et de deux femmes de service.

- le personnel contractuel, permanent et vacataire, est rémunéré selon les barêmes fixés par la D.A.S.S. à

partir du budget de l'établissement.

. le personnel permanent est représenté par les éducateurs (2 éducateurs spécialisés, 3 moniteurs éducateurs dont un à temps partiel), dépendent du Ministère des Affaires Sociales et dont les conditions de travail sont réglées par le régime de la convention collective de 1966 ;

. les vacataires dépendent du Ministère de la Santé Publique et leur nombre d'heures de vacations doit répondre aux besoins de l'équipe selon les disponibilités budgétaires : 2 psychiatres (15h /s), 1 médecin généraliste (4h /s), 2 orthophonistes (15h /s), 1 rééducateur de psychomotricité (18h /s).

- Fonction.

. Le directeur : sa double fonction de directeur administratif et pédagogique est définie, à la fois, dans le réglement intérieur et dans le projet de protocole d'accord entre l'Education Nationale et la municipalité).
" Le directeur a la responsabilité du fonctionnement général de l'établissement. Il doit en assumer la bonne marche quotidienne et se conformer aux articles du réglement général et du présent réglement intérieur en ce qui le concerne.

Il doit tenir à jour les documents suivants :

- le registre du mouvement de la population constatant jour par jour le nombre de journées de présence pour toutes les personnes nourries dans l'établissement ;
- le registre des enfants classés par ordre d'entrée ;
- les dossiers individuels des enfants ;
- le registre et les dossiers du personnel ;
- tous les documents relatifs à la vie individuelle de l'E.M.P. ;
- tous les documents relatifs à la comptabilité matière ;
- le répertoire des archives.

Le directeur assure également le service de l'économat. Dans le cadre du budget il prend toutes les dispositions pour assurer la vie des enfants et la bonne conservation du matériel et des locaux. Le directeur est responsable conjointement avec le psychiatre de l'établissement des réunions de synthèse et réunions de parents. Monsieur le Maire peut participer à ces réunions ou s'y faire représenter". -(extrait du réglement intérieur)-

" Il a la responsabilité pédagogique dans le cadre de l'enseignement, d'une part, dans le cadre des activités éducatives de l'établissement, d'autre part". -(extrait du projet de protocole)-.

. Les médecins : un des deux neuro-psychiatres est nommé "médecin-responsable". D'après le règlement intérieur leur fonction est précisée comme suit :

" Ils donnent leur avis sur les admissions, surveillent l'hygiène générale et la santé physique et mentale des enfants, prescrivent et orientent les rééducations et les psychothérapies, ainsi que les traitements médicamenteux qui seraient nécessaires, suivent l'évolution des enfants et prévoient leur sortie.

En accord avec le directeur, ils contrôlent les rééducations spécialisées ".

. Le personnel enseignant : leur fonction est envisagée dans le projet de protocole compte tenu de la place et de l'organisation du travail scolaire dans ce type d'établissement. A ce propos, les élèves sont répartis dans les classes selon leur niveau scolaire ; cette répartition faisant l'objet d'un travail commun de l'équipe. L'horaire hebdomadaire et journalier du travail scolaire, l'emploi du temps, les programmes, sont fixés par le directeur après examen du problème en réunion de synthèse. Ces horaires sont soumis à l'approbation du maire. L'instituteur est maître de son enseignement dans sa classe, mais il appartient au médecin de déterminer l'effort de chaque enfant. Par ailleurs, les instituteurs sont soumis à une inspection où ils doivent rendre compte du niveau de base,

scolaire et pré-scolaire, de chaque enfant et donner des preuves de sa progression. Les autorités académiques assurent aussi leur notation et leur avancement. Toutes facultés sont données à ces autorités afin de visiter l'établissement pour apprécier les conditions de travail de ces instituteurs.
Une règle de discipline est incluse dans le règlement intérieur stipulant qu'aucune personne, en dehors de celles accréditées par les autorités académiques ou le maire, ne pourra pénétrer dans les locaux d'enseignement pendant les heures scolaires.

. Le personnel éducateur et para-médical ne fait l'objet, dans le règlement intérieur, d'aucune précision quant à leur fonction. Par contre l'infirmière faisant fonction d'assistante sociale, a pour mission :

"De réunir les informations sur les antécédents des enfants, de maintenir la liaison entre la vie del'enfant à l'E.M.P. et son milieu familial, d'organiser le service de suite et d'en assurer le fonctionnement".

Les enfants - la famille.

Les enfants sont recrutés à partir des propositions des consultations d'hygiène mentale, des commissions médico-pédagogiques, des assistantes sociales et scolaires du

secteur intéressé, des médecins.

Chaque enfant fait l'objet d'un dossier établi par les soins du centre médico-psychopédagogique municipal. Dans ce dossier, outre les renseignements médico-psychologiques et scolaires, figure une enquête du service social indiquant la composition et les ressources de la famille.

Une prise en charge individuelle sera sollicitée auprès de la caisse de sécurité sociale, préalablement à l'admission, ou a l'Aide Sociale. Les caractéristiques précises d'admission des enfant peuvent s'énumérer ainsi :

"il doit s'agir de débiles moyens et profonds éducables dont le Q.I. se situe entre 35 et 65, et l'âge entre 6 et 13 ans. Les enfants caractériels, handicapés moteurs et sensoriels sont exclus ; par contre les épileptiques peuvent être admis".

. L'admission est prononcée, dans la limite des places disponibles, par la commission pédagogique de l'établissement. Elle est composée du Maire ou de son représentant, de l'Inspecteur départemental de l'Enseignement Primaire, du Médecin-chef des centres médico-socio-municipaux, du Médecin psychiatre, du psychologue et du Directeur de l'établissement, ce dernier exerçant la fonction de secrétaire.

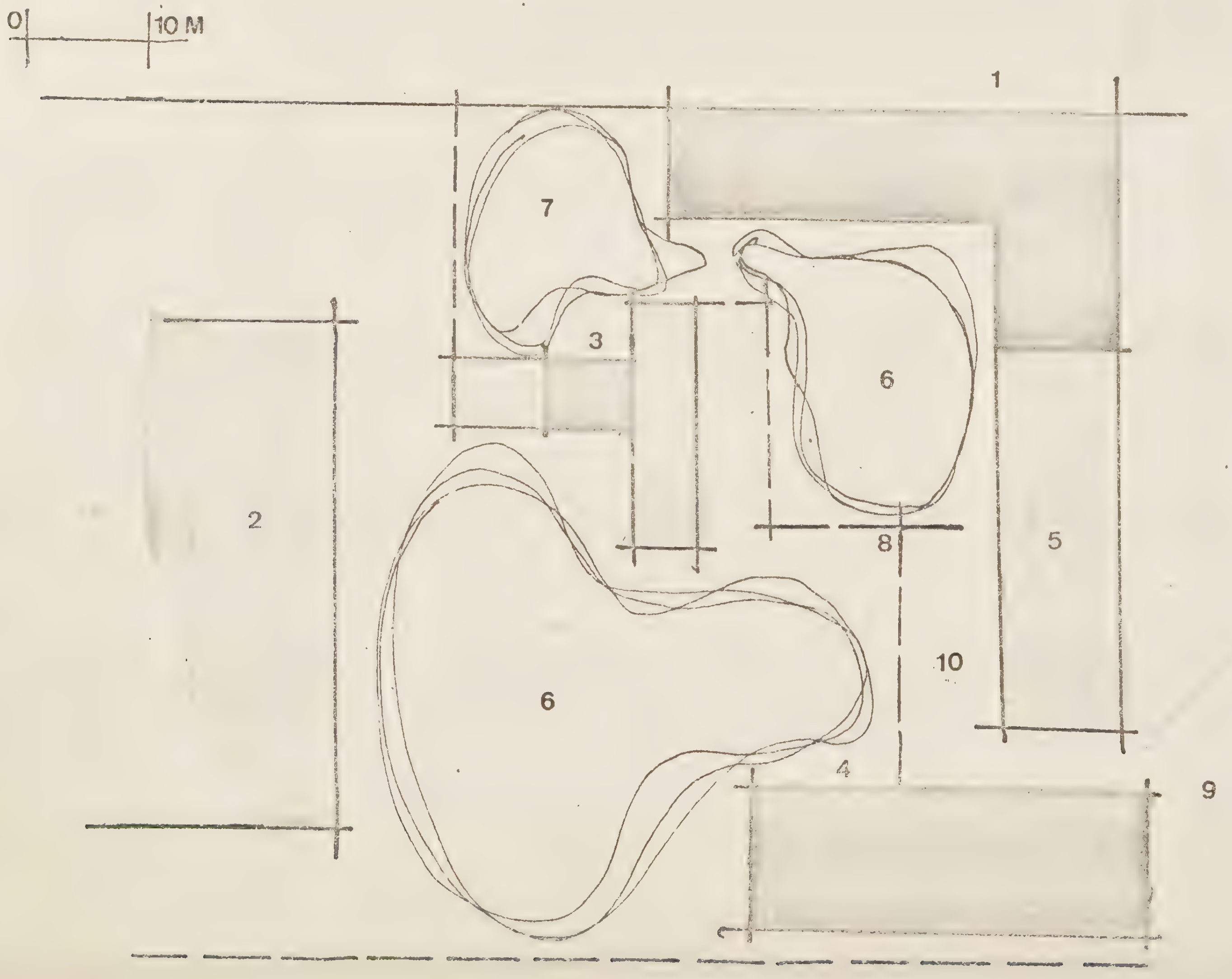
. D'après le règlement intérieur, l'établissement

s'engage : "à assurer l'éducation des enfants répartis selon des groupes homogenes. La répartition dans les groupes, classes ou ateliers, est faite par le directeur, après qu'il ait pris avis du médecin de l'établissement au cours de la réunion de synthèse. Cette répartition tiendra compte, dans la mesure du possible, de l'âge chronologique et de la nature des déficiences ou troubles associés. Les techniques psychopédagogiques traduisent les principes fondamentaux d'une méthode active, méthode faisant prendre conscience du réel par l'observation, réfléchir et juger, visant à faire sortir l'enfant de son monde sensorio-moteur. L'E.M.P. tend à assurer aux enfants, dont il a la responsabilité, une éducation physique, intellectuelle et sociale, les conduisant à l'épanouissement le plus complet possible de leur personnalité et dans l'avenir à leur maximum d'autonomie".

. La sortie sera prononcée par le directeur après avis de la commission médico-pédagogique sur rapport du médecin-psychiatre. Si l'évolution d'un enfant, âgé de moins de 16 ans, le justifie elle pourra l'être dans les mêmes conditions avec l'accord des organismes assurant la prise en charge.

Si ces enfants sont tenus à l'obligation scolaire, leurs parents ne sont pas obligés d'accepter leur entrée à l'E.M.P. Lors de l'admission, la famille signe son accord avec le règlement intérieur, les tarifs de l'établissement

et le taux de remboursement des caisse. Toutes dérogation à ces engagements peut être un motif de renvoi.



1 EMP : BATIMENT PRINCIPAL-PREA
2 GROUPE SCOLAIRE PAUL LANGEV
3 BLOC SANITAIRE
4 REFECTOIRE
5 MATERNELLE

6 COUR DE RECREATION
7 AIRE GAZONNEE
8 GRILLAGE
9 ROND POINT
10 PASSAGE ACCES

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT INTERNE.

- Les lieux.

Nous distinguerons les lieux bâtis et les espaces libres. Parmi les lieux bâtis il y a ceux réservés à l'établissement médico-pédagogique "le bâtiment principal et le préau, les sanitaires" et d'autres partagés avec le groupe scolaire F. LANGEVIN, "la cantine". Nous retrouvons à propos des espaces libres ce même clivage : une cour de récréations bitumée, prolongée par une aire gazonnée ; un passage d'accès donnant sur un rond point d'entrée commun avec l'école maternelle.

Le "bâtiment principal et le préau" s'ouvrent sur la cour de récréations ; celle-ci est séparée, par un "grillage", de celle du groupe scolaire avoisinant.

La cour de récréations se prolonge, d'un côté, à travers un rétrécissement ouvert sur l'aire gazonnée désservant seulement les sanitaires et s'ouvre, de l'autre, par l'intermédiaire d'une porte " grillagée" sur un passage d'accès ; celui-ci, limité par l'école maternelle et par un "grillage" qui le sépare du groupe scolaire, mène au réfectoire et au rond point d'entrée où se gare l'autobus de ramassage des enfants. Ce passage n'est emprunté que par les occupants et visiteurs de l'E.M.P.

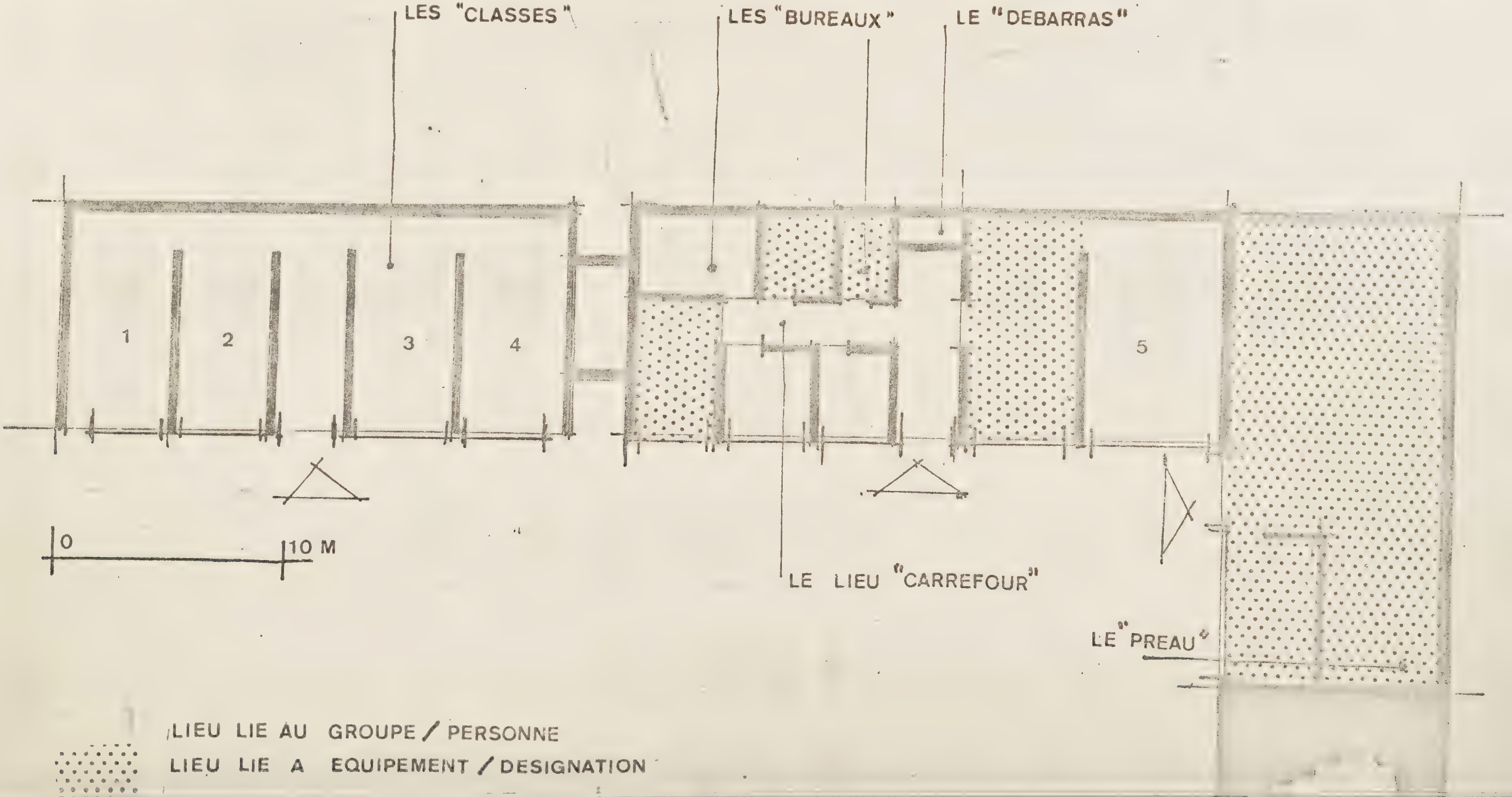
A l'intérieur du bâtiment principal se rangent linéairement cinq classes (1 à 5), un ensemble de bureaux, une salle de gymnastique. -(voir plan pages suivantes)-

"Les classes" : Toutes leurs fenêtres s'ouvrent sur la cour de récréations ; leur porte donne sur cette cour soit directement (classe 1,4,5), soit par l'intermédiaire d'un couloir (classe 2,4). Les groupes de classes 1,2 et 3,4 communiquent par une porte intérieure ainsi que la classe 5 avec le gymnase.

"Les bureaux" : Une entrée dessert le gymnase et un couloir de part et d'autre duquel se distribue un groupe postérieur et antérieur de bureaux. Leurs seules portes de communication donnent sur ce couloir considéré comme lieu "carrefour". En avant, se succèdent la direction, le secrétariat, le bureau médical ; en arrière, l'infirmerie, le bureau de rééducation, le bureau de psychologie.

"Le débarras" : L'entrée donne accès à un débarras contenant des fournitures, des instruments d'entretien de ménage et du matériel de réserve.

"Le préau" : L'entrée donne sur la cour de récréations



LES "CLASSES"
LES "BUREAUX"
LE "DEBARRAS"
1
2
3
4
5
0
10 M
LE LIEU "CARREFOUR"
LE "PREAU"
LIEU LIE AU GROUPE / PERSONNE
LIEU LIE A EQUIPEMENT / DESIGNATION

qui est la seule communication avec le bâtiment principal ; dans ce lieu est inclus un petit atelier.

"Les sanitaires": Ils comprennent des toilettes et des douches réservées aux adultes et enfants des deux sexes.

"La cantine" : Le chemin pour y accéder de l'E.M.P. emprunte le passage d'accès commun avec l'école maternelle et traverse les cuisines.

. Occupation des lieux.

A l'intérieur des espaces bâtis deux types de lieux se manifestent :

- ceux dont la désignation et l'équipement en indiquent la fonction ; ce sont plutôt des lieux d'occupation temporaire, symboles "de ce qu'on peut y faire" c'est-à-dire pour l'enfant "de ce qu'il y fait avec tel adulte ou enfant à tel moment". Ainsi : les "bureaux" (médical, de rééducation orthophonique, de psychologie), le gymnase, le préau et l'atelier, les sanitaires, la cantine ;

- d'autres dont la fonction est inséparable de la personne ou du groupe qui les occupent en permanence entourés de leurs objets familiers et instruments de travail. Par rapport au précédent, on parlera de lieux "habités ou personnalisés".

  Ainsi :

  "les classes" : ce sont les prénoms des éducateurs qui les distinguent entre elles et, à partir d'un matériel de base commun (tableau, tables, lavabo), chacune possède un caractère spécifique compte tenu des apports et des productions du groupe, du style de l'éducateur.

  "les bureaux" (infirmerie, secrétariat, direction) qui s'individualisent d'être occupés chacun par une personne dont la fonction et les objets sont spécifiques : l'infirmière-assistante sociale (armoire à pharmacie, lit, réchaud), la secrétaire (machine à écrire, matériel de bureau), la direction (papier administratif, planning, clefs, téléphone, livres, électrophone).

  "La cuisine" : lieu d'activité des cuisiniers où l'on prépare la nourriture et de

passage des enfants lorsqu'ils se rendent au réfectoire.

Ces lieux, spécifiés par l'appartenance à "quelqu'un" dont les objets représentent la fonction, sont des pôles d'investissements privilégiés particulièrement propices aux échanges et aux processus d'identification (combien d'enfants ont demandé à apprendre à téléphoner, taper à la machine, faire des pansements....!).

Par ailleurs, ces deux premiers types de lieux induisent des modalités différentes du couple "présence / absence" ce qui a un effet de manifestation structurant sur les enfants. Les uns sont des lieux vides, impersonnels, désignés, dont la fonction symbolique sert de support à la succession des présences et des absences. Les autres, lieux "incarnés" remplis d'objets investis dont l'absence de l'adulte permet à l'enfant la re-création imaginaire de celui-ci et l'articulation d'une demande personnelle. C'est ce qu'illustre une éducatrice lorsqu'elle laisse seul son groupe dans la classe ; les enfants sachant où la trouver s'ils ont besoin d'elle.... Cette absence de l'adulte permet aussi la confrontation de l'enfant avec l'interdit : présent de manière illicite dans les "bureaux", il manipule encore plus illicitement ce qui, appartenant à l'adulte, ne lui est pas destiné.

- Enfin, toujours à l'intérieur de ces espaces bâtis,

existent deux lieux particuliers d'une grande importance.

"Le lieu carrefour" : espace de socialisation, sa fonction d'articulation entre les lieux précédents favorise la rencontre et les échanges entre adultes de l'E.M.P., enfants, familles et visiteurs.

"Le débarras" : Lieu de dépôt, de recel, sorte de "trésor" de l'institution, n'est accessible à l'enfant qu'à certaines occasions précises et exceptionnelles (ainsi la sortie du matériel pour le départ en vacances à la Barre-de-Mont).

- Dans les espaces libres, nous avons distingué essentiellement : la cour de récréations, l'"aire gazonnée" et le passage d'accès à l'E.M.P.

- La cour de récréations :

. Lieu de projection et de renvoi des espaces construits, elle permet les relations entre les différentes parties du bâtiment principal et de celui-ci avec les autres de

l'E.M.P. (sanitaires, préau).

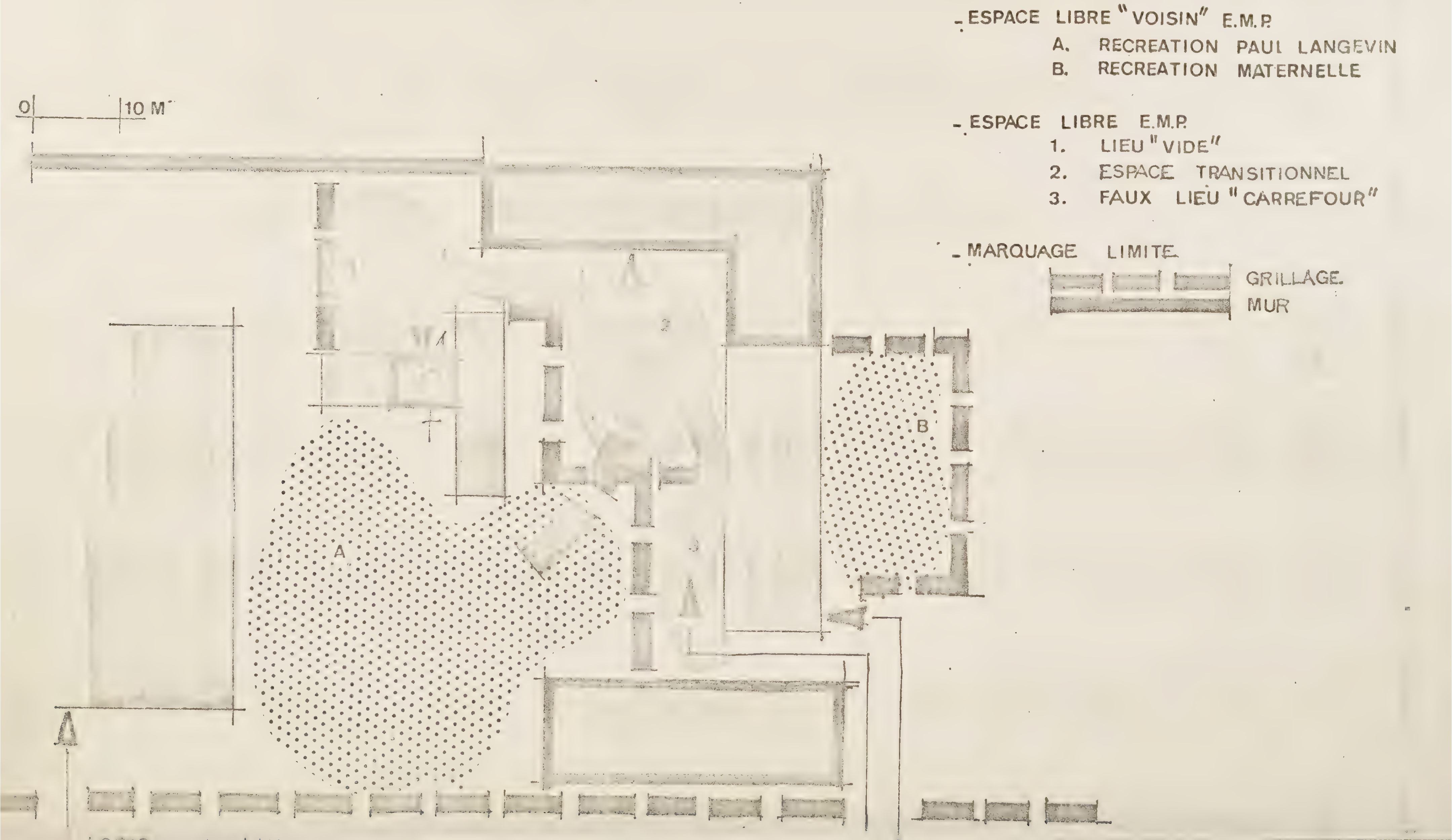
. Espace transitionnel, elle est située entre l'intérieur que représente le "corps" de bâtiment et l'extérieur constitué par l'"autre" cour qui est celle du groupe scolaire Paul Langevin.

- "L'aire gazonnée"

. Lieu vide, espace "sans nom" et sans fonction déterminée pour les adultes de l'E.M.P., elle est située en retrait, au-delà de la limite de surveillance de ceux-ci dans la cour de récréations, et sert d'accès sur un de ses bords aux sanitaires. Elle est un lieu de dépassement des interdits où l'on échappe au regard de l'adulte et où les désirs -voir,toucher- prennent leur force et véritable dimension d'être des désirs défendus.

- Le passage d'accès.

. Faux "lieu carrefour" car bien que topographiquement en connexion avec l'école maternelle, le groupe scolaire Paul Langevin, la cour de l'E.M.P. et le rond point d'entrée, il ne sert pas d'articula-


0
10 M
A
B
- ESPACE LIBRE "VOISIN" E.M.P.
A. RECREATION PAUL LANGEVIN
B. RECREATION MATERNELLE
- ESPACE LIBRE E.M.P.
1. LIEU "VIDE"
2. ESPACE TRANSITIONNEL
3. FAUX LIEU "CARREFOUR"
- MARQUAGE LIMITE
GRILLAGE
MUR

tion entre ces lieux hétérogènes, ni ne permet d'échange entre leurs occupants ; il n'est, en fait, emprunté que par les familiers ou visiteurs de l'E.M.P.

Enfin, nous pourrions parler de la clôture "grillagée" qui limite tous les espaces libres de l'E.M.P. et dont la fonction de séparation, voire de "ségrégation", peut être illustrée par l'exemple du ballon qui, passant par dessus la clôture de la cour de récréations de l'E.M.P. à celle du groupe scolaire avoisinant, n'est pas renvoyé....

- Planning de l'Institution.

Le planning hebdomadaire s'établit suivant un certain nombre de contraintes extérieures :

- Les temps d'occupation des locaux fixés par le maire et les horaires de l'autobus de ramassage des enfants.
- Les temps de repas dépendent de ceux du groupe scolaire voisin ; les enfants de l'E.M.P. mangent seuls et après.
- Un certain nombre d'activité fixées et acceptées collectivement par les membres de l'institution : la grande synthèse du lundi dont nous reparlerons, et la récréation chaque matin de 10h 30 à 11h 45.

Par ailleurs, des activités à l'extérieur de l'E.M.P. sont prévues régulièrement telles le gymnase municipal, la piscine, le cinéma, ou occasionnellement, comme des sorties éducatives. D'autres ont lieu, à l'intérieur de l'E.M.P., selon l'emploi du temps des vacataires (rééducation, synthèses psychothérapiques, groupes) et du moniteur-éducateur responsable du sport et des travaux manuels (danse rythmique le matin, permanence à l'atelier l'après-midi). Quelque fois après le déjeuner, à l'heure du café, des jeux sont organisés par deux éducateurs, dans la cour pour les grands.

Enfin chaque année, les locaux des colonies de vacances de la ville de Blanc-Mesnil sont mis à la disposition de l'E.M.P. pendant 15 jours entre certaines dates. C'est le groupe qui décide s'il part en vacances ou s'il reste dans l'établissement.

- Corpus.

Il se compose de cinq observations :

. Observation de Sylviane.

Sylviane T. est née le 16.5.1961.
est entrée à l'E.M.P. le 1er Septembre 1969 à l'âge de 8 ans pour inadaptation scolaire et inhibition grave.

ANTECEDENTS PERSONNELS: Sylviane est ainée d'une famille de 3 enfants. Elle a un frère de 5 ans et une soeur de 2 ans 1/2.
Pendant la grossesse de Sylviane, sa mère étant "fatiguée", elle ne l'a pas allaitée parce qu'elle n'avait pas envie... L'enfant a marché à 14 mois, elle était "sauvage", fuyait les personnes étrangères à la famille. A 3 ans, au moment de la naissance de son frère, elle ne parlait pas et à partir de ce moment, elle est devenue encore plus renfermée et refusait de s'alimenter.

Elle a commencé à parler à 4 ans quand

elle a été à la maternelle, mais elle ne voulait pas y aller et pleurait quand on l'emmenait.

ANTECEDENTS FAMILIAUX : Père : 31 ans, tourneur, très gentil, peu représentatif comme père.

Mère : 32 ans, ne semble pas très maternelle quoique présente dans les détails maternels de la vie quotidienne de ses enfants.

ANTECEDENTS SCOLAIRES : En cours préparatoire aucune adaptation, l'enfant semblait ne rien comprendre, figée dans une attitude de refus systématique. Au bout de 2 ans, elle ne savait ni lire ni écrire.

A la psychologue qui l'a examinée à cette époque, elle a refusé de parler, si bien qu'elle n'a pu être testée.

Devant cet état de chose, il n'a pas été question pour l'école de la mettre dans une classe de perfectionnement. L'école en faisait une débile profonde et un médecin qui l'avait vue en faisait une psychotique grave et voulait la mettre dans un hôpital de jour. Heureusement, il n'y en avait pas dans la région.

A son arrivée à l'établissement, son éducatrice, Melle B.., a tout de suite remarqué son inhibition très grave :

"Elle a peur du contact avec l'adulte et plus particulièrement avec les hommes. Elle rougit et baisse la tête quand le Docteur CUGNET ou le directeur rentre dans la classe. Avec les enfants, elle joue et communique en dehors de la présence des adultes".

Cette éducatrice semble avoir abordé l'enfant en tant qu'individu et a été scandalisée que les médecins aient pu parler de psychose et d'hôpital de jour.

Rapidement l'enfant a eu une place dans le groupe, son éducatrice lui confiait des tâches ou lui laissait des initiatives -non scolaires- en rapport avec son âge. Sylviane ne les a pas refusées.

En dehors de sa classe, elle venait une fois par semaine dans un groupe thérapeutique avec 4 autres enfants et cela pendant les deux ans qu'elle a été à l'E.M.P.

Son père et sa mère ont été vus au départ et par la suite nous avons revu sa mère plusieurs fois.

Comme pour les autres enfants, des réunions d'adultes à plusieurs niveaux leur permettaient d'avoir des échanges au sujet de Sylviane.

<u>EVOLUTION SCOLAIRE</u>: Elle a été très rapide, Sylviane a appris à lire couramment en 4 - 5 mois, 6 mois après son arrivée à l'E.M.P. Les additions, soustractions, multiplications étaient acquises et au bout de 2ans nous l'avons mise dans une classe de perfectionnement.

Il faut dire qu'en même temps, l'évolution de l'enfant et son changement ont été assez spectaculaires. L'enfant inhibée du départ est devenue assez exubérante et dynamique, un peu "chipie", libérant son agressivité envers les adultes de l'établissement verbalement, parfois directement, parfois sous forme d'humour.

Dans le groupe thérapeutique :
La première année il était fait par un psychiatre femme et une institutrice.
Sylviane s'est surtout mesurée à nous, s'est mise en concurrence et a pris le rôle de leader avec un autre garçon.

La deuxième année l'institutrice étant en stage,

a été remplacée par un instituteur. Le couple a déclenché chez Sylviane et l'autre enfant une agressivité très importante avec passage à l'acte, à tel point que plusieurs fois nous avons dû soit les maintenir ou écourter le groupe.

Après avoir réussi à imposer les limites du corps, si on peut dire, Sylviane a exprimé verbalement son malaise. Dans un premier temps, elle confondait l'homme et la femme, dessinant les mêmes attributs aux deux, ou nous demandait lequel était l'homme. Quand elle est arrivée à se situer comme fille, alors elle a exprimé verbalement le désir de couper la verge du garçon qui était leader avec elle, et ensuite celle de l'instituteur, et à moi de me pincer les seins, et pendant ce temps elle détruisait toutes les boites en carton que j'amenais au groupe. Ensuite elle s'est mise à peindre des personnages qui avaient un sexe masculin et féminin à la fois, pour ensuite se décider à représenter un homme et une femme ; et à cette période des dessins elle refusait les jeux violents avec le garçon qui était toujours le leader du groupe et discutait avec l'homme du groupe, lui

demandait s'il était marié ou fiancé.

Pendant les derniers mois qu'elle a passé avec nous, Sylviane avait des relations aisées avec les homme et osait se mettre en concurrence avec les femmes comme une enfant de son âge peut le faire.

. Observation de Valérie.

Valérie P. est née le 25.10.1961.
est entrée à l'E.M.P. le 3.3.1969 à l'âge de 7 ans 1/2.

Avant de dire pourquoi nous l'avons fait entrer dans notre établissement, nous sommes obligés de raconter l'histoire de Valérie.

ANTEDECENTS FAMILIAUX : Sa mère:a 37 ans, ne travaille pas à l'extérieur actuellement.
Son père:italien a 37 ans également, est chauffeur-livreur.

ANTECEDENTS PERSONNELS: Valérie est la seule enfant, elle a été désirée par ses parents, cependant sa mère

ne l'a pas allaitée. Elle s'en est occupée entièrement jusqu'à 14 mois, âge auquel l'enfant a marché. A cet âge sa mère a travaillé et Valérie a été confiée aux grands-parents maternels. Ses parents allaient la voir le soir et la prenaient le week-end. A 18 mois, Valérie pleurait et voulait revenir avec ses parents le soir. Alors ceux-ci ne sont plus allés la voir le soir et l'ont prise simplement le week-end. Après ceux-ci l'enfant faisait des colères en revenant chez sa grand-mère. Elle parlait couramment à 2 ans. A 2 ans 1/2 elle a fait une forte coqueluche soignée par la grand mère ; elle était restée plus "nerveuse" après mais "normale" dit sa mère. En mai 1965, a 3 ans 1/2, brusquement sont apparus des symptômes inquiétants : l'enfant avait des difficultés à parler, butait dans les cloisons, tombait facilement, devenait incontinente et avait des troubles graves du sommeil et du caractère, faisait des colères terribles la nuit. Deux mois après l'apparition de ces troubles, sa mère s'est arrêtée de travailler et s'est occupée elle-même de Valérie.

En Septembre 1965 l'enfant est hospitalisée 13 jours à Saint-Vincent de Paul ; un bilan avec F.O., P.L. se révèle négatif. L'enfant est mise à l'Halopéridol ; en revenant chez elle, se tape la tête contre les murs.

En 1966, un psychiatre consulté dit à Mme P... que c'est psychique ; elle ne le croit pas et en Mai consulte un médecin de Paris qu'une voisine lui a recommandé comme un "sauveur". Ce médecin envoie la mère et l'enfant consulter en neurochirurgie. Là, le diagnostic de tumeur est écarté formellement, mais le médecin pose rétrospectivement un diagnostic d'encéphalite infectieuse et fait un traitement à la Pénicilline, Cortancyl, Hémineurine, Alepsal.

Un mois après le début du traitement l'enfant qui ne parlait plus et ne marchait plus, a recommencé à le faire.

Quand Valérie est arrivée à l'E.M.P. 3 ans après, elle n'était pas scolarisable : elle avait l'aspect d'une débile caractérielle avec incontinence des sphincters, tremblements des mains, ne courait pas.

Sa mère la considérait comme diminuée irré-

médiablement : malade avec des troubles de l'équilibre et des sphincters définitifs.

Son traitement : CORTANCYL - ALEPSAL - VALIUM.

L'histoire nous est apparue troublante et surtout l'atmosphère entre la mère et l'enfant durant toutes ces années.

Pour être francs, nous n'avons pas crû au diagnostic d'encéphalite d'une façon certaine.

Valérie a eu une première éducatrice, Melle M., de Mars 1969 à début 1970. Dans ce groupe il y a surtout des enfants psychiatriques. Cette éducatrice a comme attitude d'oublier les étiquettes médicales et de voir l'enfant avant tout avec sa personnalité. Si bien qu'elle a fait courir Valérie qui ne tombait pas et qu'elle la menait aux W.C., ce qui lui a permis de constater que l'enfant pouvait maitriser ses sphincters mais ne le voulait pas.
Pendant cette période, nous nous sommes beaucoup occupés de la mère de l'enfant, nous avons introduit le doute quant au caractère définitif de la maladie et avons parlé de troubles de relation avec elle, cela la mettant tellement en cause que nous avons été obligés de

la voir à deux médecins, homme et femme, et volontairement nous avons décidé que le médecin homme prendait la direction des initiatives. Il a notamment pris contact avec le neuro-chirurgien qui, un an environ après l'arrivée de Valérie, a arrêté le Cortancyl.

Parallèlement à cette prise en charge médicale, Mme P.. téléphonait ou voyait preque tous les jours le directeur de l'E.M.P. qui la rassurait sur les dangers que pouvait courir sa fille.

Nous avons vu le père et la mère de Valérie en réunions de parents et en entretiens individuels.

Quand elle est arrivée à l'E.M.P., l'enfant tremblait beaucoup quand elle avait un crayon à la main et ne faisait que des gribouillages sans aucun sens, ni structure.

Valérie a été prise en charge dans son groupe mais l'équipe de l'E.M.P. a eu une attitude concertée vis-à-vis d'elle, ne rentrant pas dans les considérations symptômatiques et il semble que chacun voulait la faire sortir de ce piège de la pathologie immuable, qu'il y ait eu encéphalite ou pas.

Au début 1970, elle a changé de groupe. Nous transmettons le compte-rendu qu'à fait la deuxième éducatrice, Melle B.., de l'évolution de l'enfant jusqu'à ce jour :

"Valérie P... est entrée dans notre groupe au début de l'année 1970.
A cette époque c'était une petite fille très jolie, coléreuse ou amorphe. Elle se mouillait jour et nuit, et sa mère amenait à l'école couches et culottes de rechange.
Valérie vivait dans un monde d'interdictions : ne pas courir, ne pas marcher trop vite, ne pas sauter, ne pas jouer avec les enfants turbulents.
Elle n'existait que par son pipi, ses cris et sa maladie (voir dossier -cris et pipi étant considérés comme suite de la maladie, donc irrémédiables-). En arrivant dans ce groupe, Valérie découvrit des petites filles très dégourdies, pleines d'humour, aimant rire, collectionnant les bêtises de leur âge,et d'autres enfants plus âgés (ou très jeunes et psychotiques).

Son adaptation fut longue, autant vis-à-vis des adultes que par rapport aux enfants et on peut dire que l'évolution et l'adaptation de Valérie ont été fonction du comportement de sa mère.

Mme P... amenait sa fille elle-même tous les matins, nous remettait le linge pour la journée et restait dans la cour (de 9 heures à 10 heures du matin quelque fois) couvant sa fille et renouvelant ses interdictions :"Valérie ne court pas, oh, mon dieu, elle va tomber...! Vous la laissez aller aux W.C. toute seule ? Je ne veux pas qu'elle aille aux W.C toute seule, et elle y allait".

Toute prise d'autonomie de sa fille, courir, sauter, dire des grossièretés, était source de conflit avec moi. J'étais la grande responsable inconsciente du danger permanent que courait sa fille. La première année en particulier ses conflits étaient violents, entre coupés de cadeaux (ou de grosses sommes pour la coopérative). Elle a exprimé ceci :"Je ne voudrais pas que Valérie souffre de ce que je vous dis", d'où cadeaux. Je n'ai jamais refusé ces cadeaux ce qui lui permettait dès le lendemain de repartir avec une agressivité nouvelle.

Depuis quelques temps, l'agressivité et les cadeaux se sont calmés, et c'est Valérie qui a maintenant l'initiative (cadeaux à ses petites copines). Sa mère l'encourage dans ce

sens.

Le premier transfert de l'établissement pour un séjour à la mer fut une véritable 'opération". Mme P... fut paralysée 8 jours avant le départ de Valérie.
Nous avons réussi à amener Valérie, et pendant 10 jours elle nous "noya" de son pipi, de son caca et s'opposa avec violence à tous les enfants et toutes les éducatrices.

Il est à remarquer que vis-à-vis des hommes, Valérie devenait une véritable petite femme coquette, charmeuse, à la limite, "collante".

Le compte-rendu de ce séjour fait par elle à sa mère était des plus enthousiastes.

Le deuxième transfert fut la deuxième opération. Avant le départ, Mme P... est venue nous traiter d'incapables et autres; "qu'elle ne pouvait se permettre de laisser partir sa fille dans de telles conditions et nous ne lui donnions pas ses médicaments, qu'elle avait les fesses rouges".

Notre réaction fut ferme : dans ces conditions nous ne pouvions amener sa fille et elle pouvait la garder. Mme P... fit marche arrière, un peu surprise. Il était bien entendu

que si Valérie se mouillait trop, nous la ramenions (en accord avec Valérie).

Valérie se mouilla donc et alla se frotter les fesses dans le sable pour les irriter. Nous avons écrit à ses parents de venir la chercher et nous avons prévenu Valérie. Dès le lendemain Valérie fit un effort remarquable et la lettre nepartit pas.

L'arrivée d'une aide éducatrice qui "prit son pipi en charge" lui permet à partir de cette époque de stopper l'énurésie nocturne. -(cette aide éducatrice ne parlait à la mère que très rarement, et se limitait à la conversation courante sans aborder les problèmes de Valérie)-.

Enfin un jour Valérie, après ce transfert, dit à sa mère :"J'en ai marre de tes histoires avec l'école" . Sa mère nous a rapporté ses paroles. (Valérie exigea entre autre de ne plus avoir de couche la nuit). A partir de ce moment-là, le conflit école-parent diminua d'intensité et malgré une réserve encore méfiante de Mme P...la coopération fut possible.

Nous avons vu Mme P... tous les jours pendant

3 ans. Nous nous sommes relayés, directeur éducateurs, psychiatres. Les seuls moments de calme de Mme P.. étaient lors de ses entretiens avec le directeur.

Actuellement Valérie a pris un peu la tête du groupe (les autres filles sont parties, d'autres sont arrivées).

Elle n'est plus énurétique. Elle saura lire couramment à la fin de l'année et entrera en S.E.S. Elle a un comportement normal vis-à-vis des enfants de son âge et a normalisé son comportement vis-à-vis des éducateurs (charme discret et... efficace).

Je pense néanmoins que cet équilibre pourrait être compromis en fonction de l'attitude de sa mère.

Il est à noter que son père, vis-à-vis de l'école, est resté en retrait partiel, mais il s'est toujours occupé de Valérie à la maison, et apparemment, n'a jamais abandonné son rôle de père".

. Observation de Serge F..

Serge F. est né le 14.5.1955

Il est entré à l'E.M.P. le 25.11.1968 alors

qu'il avait 13 ans 1/2, pour inadaptation scolaire totale.

<u>ANTECEDENTS PERSONNELS</u>: Serges est le huitième d'une famille de 12 enfants dont l'aîné à 25 ans et le derhier 5 ans.

Il est né prématuré à 8 mois d'une grossesse gemellaire dont le frère jumeau est décédé à l'âge de 2 mois 1/2.

<u>ANTECEDENTS FAMILIAUX</u>: Avant sa naissance deux autres enfants sont décédés, une fille de 3 jours et un garçon à l'âge de 6 semaines d'une broncho-pneumonie.

<u>Son père</u> ouvrier dans une usine de papier, est décédé il y a 3 ans d'un accident de travail, écrasé par des bobines de papier, Serge avait 10 ans.

<u>Sa mère</u> est chez elle et s'occupe bien de ses enfants auxquels elle est très attachée. C'est une femme fruste et simple.

<u>ANTECEDENTS SCOLAIRES</u>: Pendant les 7 années que l'enfant a passées à l'école primaire, il n'a pu apprendre à lire. La même phrase revient tous les ans dans son carnet scolaire : moyens très limi-

tés, sa place n'est pas dans une classe ordinaire. Au début, il est question de classe de perfectionnement et la dernière année d'E.M.P. où il pourrait peut-être, dit-on "apprendre quelques rudiments de lecture et des mots simples" ; les appréciations de l'école sur son comportement au début,vont de "sociable, poli, taquin" ; pour la fin devenir "violent, malpropre, indiscipliné".

Dans ce climat d'incompréhension et de mise à l'écart, l'enfant se détériore ; son Q.I. au Binet-Simon Zasso descend en 1965 de 68 à 48, 3 ans après.

A son arrivée à l'établissement cet enfant, derrière son air bourru, nous est apparu avec une demande affective importante et a été vécu par l'ensemble de l'équipe comme attachant et sympathique (ce qui n'est pas le cas pour tous les enfants au départ). Rapidement, le fait qu'il n'ait plus son père, a provoqué une attention plus grande et des manifestations affectives plus importantes que pour les autres.

Les remarques de son institutrice, à l'arrivée, sont d'un style fort différent de celles

des années précédentes. Il est dit que l'enfant est gentil avec elle quand il est seul, qu'il se laisse entraîner par les autres et qu'il fait des efforts pour mieux se conduire pour lui faire plaisir. Il parle de sa famille et inversement, parle chez lui de ce qu'il fait en classe. Son institutrice remarque également qu'il est très attentif à une fille de son groupe : lui portant son cartable et faisant des dessins pour lui faire plaisir.

Dès le départ il essaye de travailler dans le groupe.

En dehors de son groupe, il va dans 2 ou 3 lieux :

1°)- en psychomotricité où il s'avère qu'il a des gros troubles du schéma corporel, une hypertonie importante et des troubles de la coordination. Là aussi, dès le départ l'enfant fait de gros efforts, tout en établissant un contact personnel demandant à la rééducatrice si elle est fiancée. Devant une réponse négative, il dit :"heureusement parce que je lui casserais la gueule".

2°)- une fois par semaine, pendant 2 ans 1/2, dans un groupe thérapeutique de 6 garçons et

filles avec 2 adultes : le directeur de l'établissement et le médecin psychiatre femme.

Sa mère prend contact avec nous au cours de réunions de parents et en entretiens individuels.

Parallèlement à ces différents niveaux où l'enfant pouvait s'exprimer, il existait différents lieux de paroles, les uns institutionalisés :

1°)- sous la forme de petites synthèses avec les personnes directement en relation avec l'enfant, synthèses ouvertes à ceux qui avaient quelque chose à dire ou à entendre sur Serge.

2°)- de réunions avec toutes les personnes travaillant dans l'établissement.

Les autres, informels, sous forme d'échanges au moment du café de midi ou dans la cour, ou dans les couloirs. Dans ce climat radicalement différent de celui de l'école, à la fin de la première année, Serge savait lire, déchiffrait les textes en les comprenant, en calcul (à préciser).

Mais en même temps que cette ouverture et

cet investissement scolaire, la personnalité de Serge se manifestait, évoluait : vis-à-vis de son éducatrice la docilité du début faisait place à une affirmation avec une certaine opposition que nous considérions comme positive. Il ne se laissait plus entraîner par les autres, prenait souvent une place de leader et de redresseur de torts.

Nous avons également remarqué qu'à la période où il commençait à apprendre à lire, se manifestait chez Serge une curiosité sexuelle : il allait jusqu'à baisser les culottes des filles. D'un commun accord, comme ces gestes ne se passaient pas sous nos yeux, et qu'ils n'allaient pas loin, nous n'avons pas réprimé Serge pour cela. D'ailleurs, le problème a été abordé et résolu en groupe thérapeutique, nous y reviendrons plus loin.

Dans ce groupe, Serge a exprimé beaucoup de choses et il s'est trouvé confronté aux deux adultes et aux 5 autres garçons et filles. Au début, il parlait d'une façon incoordonnée et dans le but de dire le plus possible et de polariser l'attention sur lui, puis il s'est situé en parlant de sa famille, de la mort de son père, avec une des filles dont

la grand-mère venait de mourir. Quand les autres abordaient des charmes sexuels, il n'osait rien dire, gêné, puis s'est mis en concurrence avec Monsieur B.., l'homme adulte du groupe, vis-à-vis des filles, s'identifiant à lui, parlant des garçons et des filles,de la femme de Monsieur B..

Un jour les autres lui ont reproché de baisser les culottes des filles. Il a nié. Mais ce qui était contradictoire c'est qu'à la même époque, il savait converger et attirer l'attention d'une façon adaptée des femmes de l'établissement. Aussi, à l'occasion de ces remarques moqueuses des autres, nous lui avons dit qu'il baissait les culottes des filles comme un petit de 8 ans, parce qu'il n'osait pas se montrer comme un garçon de 14 ans. A partir de ce moment il s'est arrêté.

. Observation de Clarisse F..

Clarisse F.. est née le 24.6.61
Elle est entrée à l'E.M.P. le 1.12.1969
à l'âge de 8 ans pour inadaptation scolai-

re et inefficience totale.

ANTECEDENTS FAMILIAUX : Son père, algérien, 31 ans, manoeuvre, a eu un accident du travail il y a 6 mois et est en arrêt de travail.

Clarisse est née alors que sa mère n'était pas mariée avec son père. Celui-ci a reconnu l'enfant, mais sa mère l'a abandonnée à son père qui s'est marié quelques mois après avec une autre femme.

Actuellement la belle-mère de Clarisse a 28ans et elle a 7 enfants de 7 ans à 6 mois.

Clarisse, depuis l'abandon de sa mère est élevée par ses grands-parents paternels. Toute la famille vit dans une grande maison, appartenant aux grands-parents, mais Monsieur F... et sa famille ont un étage, les grands-parents de Clarisse un autre.

Depuis qu'elle est grande, l'enfant va voir sa mère tous les 6 mois ou un an, mais celle-ci ne s'y intéresse pas.

Au moment de son arrivée à l'E.M.P., Clarisse ne savait ni lire,ni écrire, ni compter, elle faisait toujours le même dessin : des

maisons vides.

L'appréciation du Docteur R.., à la consultation de neuro-psychiatrie du dispensaire de Blanc-Mesnil reflète l'opinion que l'ensemble des adultes se faisait de l'enfant : "parle peu - sourit niaisement - faciès de débile - bouche ouverte".

A l'E.M.P., d'après le langage employé, il semble que la façon d'appréhender l'enfant soit radicalement opposée à celle envisagée jusque là : la psychologue, Madame D.., note :"Enfant souriante, coopérante, ne parle pas spontanément - quête affective importante". Elle trouve un Q.I. à 65 au Weschler pour enfants qu'elle explique :"Assez bon niveau de compréhension - difficultés pour effectuer un raisonnement abstrait simple - épreuves scolaires pauvres - très mauvaise efficience", et en conclusion :"Blocage scolaire chez une fillette ayant de gros problèmes affectifs".

L'éducatrice, Mademoiselle B.., chargée de l'enfant, s'est tout de suite attachée à elle. Dans son appréciation nous sommes loin des étiquettes médicales et pédagogiques :"Jolie petite fille triste et renfermée, surprise de

trouver dans un cadre d'enfants assez particuliers, néanmoins, elle s'adapte rapidement avec les enfants. Avec les adultes les contacts sont plus difficiles".

Devant la réticence et l'inhibition de l'enfant, il a été décidé en synthèse d'attendre pour que la femme psychiatre de l'E.M.P. ait un entretien avec elle.

L'équipe s'est montrée compréhensive et s'est attachée à cette enfant délaissée par ses parents. Les aultes, tout en se montrant accueillants on attendu que l'enfant vienne à eux. De multiples contacts ont été pris avec les grands parents paternels, l'oncle et la tante de l'enfant.

Un an après l'entrée de Clarisse à l'E.M.P., elle a des entretiens avec la psychiatre, à la demande de son éducatrice, car malgré un démarrage scolaire, l'enfant reste inhibée avec les adultes et surtout elle ne se repère pas du tout par rapport aux personnes de sa famille.

Effectivement, au premier entretien, l'enfant devient très fermée quand jelui parle de sa famille, et elle mélange tous les personnages

plus ou moins sciemment, semble-t-il : sa mère, sa belle-mère, sa grand-mère, son grand-père, son père. Elle me dit qu'elle ne sait pas si son père vit avec sa mère, que sa mère est venue à l'E.M.P., alors que c'est sa grand-mère.

Nous avons eu, après, plusieurs entretiens à la suite de la visite des grands-parents, et nous avons, peu à peu, reconstitué son histoire avec Clarisse, qui l'a admise si l'on peut dire. Son comportement a évolué parallèlement à ce travail ; Clarisse parlait de sa famille avec les autres et devenait beaucoup plus à l'aise avec les adultes. Rien ne la différenciait dans ses jeux et son raisonnement d'une enfant de son âge.

Deux ans après son entrée à l'E.M.P., l'enfant savait lire couramment, faisait des dictées, et surtout avait une très bonne compréhension en calcul. Nous l'avons gardée jusqu'à la rentrée 1972, mais nous avons été obligés de la mettre dans une classe de perfectionnement, l'E.M.P. n'étant plus suffisant pour elle sur le plan scolaire.

Le Q.I. de l'enfant a varié d'une façon signi

-cative au Weschler pour enfants :

En 1969, elle avait 68 au verbal et 69 en performance.
En 1971, elle avait 70 au verbal et 79 en performance.
En 1972, elle avait 70 au verbal et 90 en performance.

Nous voyons que le Q.I. performance était devenu pratiquement normal.

.Observation de Christian M..

Christian M.. est née le 20.5.1956.
Est entré à l'E.M.P. le 18.12.1968 à l'âge de 12 ans 1/2, ne sachant pas lire, ni compter.

ANTECEDENTS FAMILIAUX : Son père : 48 ans, peintre.
Sa mère : 46 ans, sans profession.

ANTECEDENTS PERSONNELS : Christian est le cinquième d'une famille de 6 enfants, âgés de 20 à 6 ans. Les autres ne posent aucun problème aux parents : les aînés ont un métier, les plus jeunes en C.E.T. et la dernière, Véronique, en C.P.

Christian, après 5 années de C.P. et 1an1/2 de classe de perfectionnement, n'a rien

appris. Ses parents sont gentils avec lui et à l'école, comme dans sa famille, il est considéré comme un "handicapé". Sa mère explique cet état par un choc subi par Christian au moment de la mort d'un enfant dans la famille, l'intéressé étant considéré par tout le monde comme sensible et émotif.

Christian n'est pas un enfant sur qui nous nous sommes penchés : il n'avait aucun trouble du comportement et faisait à tout essai d'activité de quoi que ce soit, une opposition passive. Son institutrice avait pourtant remarqué, au bout de 4 mois, qu'il "était têtu" et disait :"Je n'y arriverai pas", et à partir de ce moment ne faisait plus aucun effort (nous pourrions interpréter :"puisque je suis handicapé, ce n'est pas la peine".) Cet état de chose a duré 1 an 1/2, jusqu'au jour où l'institutrice de l'enfant ayant eu un accrochage en 2 CV. a laissé Christian arranger la carrosserie ; il est alors allé travailler dans un garage le soir et est venu me demander en Mai, d'appuyer une demande de dispense afin de sortir de l'E.M.P. et d'aller travailler. En accord avec son institutrice, Mademoiselle G.., je lui ai dit

qu'il n'en était pas question tant qu'il ne saurait pas lire, calculer, et que je le croyais fort capable de pouvoir apprendre. Deux mois après c'était fait, Christian savait lire et compter suffisamment pour se débrouiller dans la vie quotidienne.

Cet enfant, considéré comme lent, retardé, handicapé, a donc appris à lire en deux mois parce que, semble-t-il, les adultes de l'E.M.P. ont refusé ces étiquettes et ont essayé de comprendre pourquoi.

- Etude structurale de l'institution.

A travers les cinq observations du corpus, nous allons aborder les trois rubriques suivantes :

- accueil des enfants et répartition dans les groupes ;
- les relations entre les membres de l'institution ("enfants-adultes et adultes entre eux") ;
- les relations "institution-parents".

. L'accueil.

L'admission ne se décide pas seulement en fonction des critères statutaires, mais est discuté par le groupe en réunions de synthèse ; les éléments retenus ont plutôt trait à la possibilité d'intégration de l'enfant dans l'institution compte-tenu de son fonctionnement présent. Interviennent surtout à ce niveau :

- la situation "actuelle" du groupe d'enfants et le contexte relationnel de l'équipe (les éléments tels que le Q.I., les appréciations de l'instituteur, les troubles du comportement ou de la personnalité n'ont qu'une valeur relative) ;
- la demande de l'enfant, telle qu'elle se révèle lors de la journée d'essai que passe chaque enfant à l'E.M.P. avant son entrée ;

- la demande des parents qui ne se résume pas, pour l'équipe, à la seule signature d'accord du réglement intérieur, mais implique la possibilité d'une participation parentale, actuelle et ultérieure, à la vie de l'institution (réunions de parents, entretiens, visites à domicile) et au développement de leur enfant (en fait, seul un refus systématique des parents est considéré, par l'équipe, comme un obstacle infranchissable à son travail).

L'intégration d'un enfant dans un groupe est la résultante d'un choix individuel du leader du groupe (éducateur ou instituteur) et de la place qu'il pense pouvoir donner à l'enfant selon l'idée qu'il a de la structuration de son groupe (Melle B... qui a déjà un enfant psychotique dans sa classe, pense ne pas pouvoir en accueillir un autre) : les critères tels que niveau scolaire, âge chronologique, etc... ne sont pas considérés comme pertinents pour la constitution d'un groupe fonctionnel.

Cette répartition des enfants dans les groupes dépend aussi des relations inter-groupes et de la situation de chaque groupe par rapport à l'institution.

Aussi peut-on parler de "polyvalence" d'accueil, tous les éléments de l'institution étant amenés à y participer.

. La relation adultes - enfants.

Entre adultes et enfants, différents regroupements et relations individuelles sont possibles :

- Les regroupements.

- Le groupe de base de l'institution est constitué par "le groupe classe" dont les éléments de fixité représentés par le lieu, l'éducateur, les enfants, sont fonction de variable :

- le lieu varie suivant le temps et les activités, la prévision de l'emploi du temps n'est pas arrêtée mais dépend de la disponibilité de l'éducateur et des enfants ; dans la classe, pouvant aussi se succéder en permutant, activités scolaires, manuelles, repas préparés par les enfants eux-mêmes, danse réunions ;

- l'éducateur n'est pas immuable ; il peut laisser à un autre adulte sa place dans sa classe pour d'autres activités (danse - groupe thérapeutique: éducation sexuelle par exemple) ou partager sa fonction avec un aide-moniteur, un autre éducateur, certains vacataires (l'orthophoniste fait lire des enfants dans la classe) ou des "visiteurs participants";

- les enfants (une dizaine environ) peuvent aller

dans une autre classe, soit régulièrement en fonction d'une activité prévue, soit de manière aléatoire suivant les besoins du moment ; leur acceptation ou leur rejet dépendant de la tolérance du groupe accueillant.

. Parmi les autre regroupements adultes-enfants, on distingue:

- les regroupements fixes c'est-à-dire ceux dont la constitution est identique pendant un certain laps de temps. Ce sont des groupes thérapeutiques au sens large qui se composent de groupes psychothérapiques au sens strict et de groupe "d'activités thérapeutiques" comme danse, l'atelier, les sports (ces derniers permettent, par l'intermédiaire des matchs, des échanges avec les autres écoles) il est à noter que l'entrée d'un enfant dans un groupe "d'activités" se fait s'une manière identique à celle de son entrée dans un groupe psychothérapique. L'orientation de l'enfant est débattue en réunion de synthèse à la suite de la demande de l'éducateur, de l'enfant ou d'un adulte de l'institution.

- Les regroupements aléatoires qui comprennent :

  . les repas : si l'heure en est fixée, par contre les enfants peuvent se regrouper diffé-

remment autour des tables des adultes.

. la récréation et les sorties : elles permettent l'éclatement du "groupe de base" et des échanges avec tous les membres de l'institution et, au cours des sorties, des contacts avec "l'extérieur".

- Les relations indivuelles.

Elles ont lieu lors des rencontres "prévues" ou "fortuites". Ce qui semble structural dans cette institution, c'est le peu de rencontres fixes (psychothérapie individuelle très limitée, quasi absence de passation de tests psychologiques, faible fréquence des rééducations individuelles); par contre, en tous lieux et à tout moment se passent de multiples rencontres fortuites, pivot thérapeutique essentiel.

Les relations adultes-enfants sont, soit "vues" par tout le monde lorsqu'elles se produisent dans les lieux "ouverts" de l'institution, soit "parlées ailleurs" lorsqu'elles ont lieu dans des endroits "séparés" (se reporter à l'étude des lieux).

Enfin, il faut insister sur le mode particulier des relations adultes-enfants, tant de groupe qu'individuelles, dans cette institution ; s'y articulent :

- des relations directes de personne à personne où

l'enfant parle de ses problèmes personnels à l'adulte ;

- des relations médiatisées, soit par des personnes (telle éducatrice apprend la poterie à un enfant qui doit l'apprendre à ses camarades ; telle autre laisse le groupe imposer "la loi ambiante" à un enfant qui "à ce moment" refuse de s'intégrer), soit par des structures d'échange (argent-objets) considérées comme systèmes symboliques selon Lévy-Strauss (la coopérative), les activités artistiques, artisanales ou scolaires). En effet, il s'agit de structure d'échange car les rapports enfants-adultes ne se font pas par l'intermédiaire d'une technique ou d'un langage spécifique imposé par ceux-ci ; toute parole est échange.....

- Les rapports entre adultes.

Parmi les réunions de "synthèse", la plus générale et la plus instituée est celle du lundi qui a lieu après le départ des enfants : c'est une réunion de fonctionnement quotidien et prévisionnel.

Elle groupe tous les adultes permanents et vacataires avec en outre le médecin-chef du centre de santé municipal ; y assistent parfois d'autres membres du personnel municipal impliqués dans le fonctionnement de l'E.M.P., du personnel

départemental chargé de l'enfance inadaptée, et toute personne postulant à un travail dans l'établissement.

Les thèmes abordés concernant les enfants et les adultes :

- au sujet des enfants : il s'agit de problèmes administratifs et pratiques. C'est là que sont discutées et décidées les conditions d'admission et de prise en charge, par l'institution, des enfants ainsi que celles concernant leur sortie dans le circuit scolaire normal ou professionnel avec des problèmes de suite éventuelle. On y aborde aussi le contexte socio-culturel et psychopathologique des enfants et de leur famille, ainsi que tout ce qui concerne la vie quotidienne de l'institution (comportement inattendu, incidents divers, problèmes de sécurité ;

- quant aux adultes : il y est question de leur situation professionnelle, ainsi que des modalités et orientations du travail au niveau de l'équipe : création éventuelle de nouveaux postes, activités à prévoir, sortie, choix du budget.

Par ailleurs, à la suite d'un travail institutionnel, l'extériorisation et l'explicitation des conflits manifestes

de même que l'émergence des conflits latents sont maintenant possibles dans cette réunion.

Les autres synthèses sont "thérapeutiques". En effet, dans cette institution il n'y a pas de réunions pédagogiques se faisant en présence de l'équipe médico-psychologique, toutes les synthèses peuvent être considérées comme thérapeutiques. Elle sont, soit centrées sur un groupe, soit sur un enfant, et réunissent des gens, de manière variable, ayant une responsabilité directe ou indirecte vis-à-vis de l'enfant. On y parle de celui-ci sous ses multiples aspects et de ses rapports avec les adultes ; on y analyse la relation des adultes à l'enfant et les interventions à engager à son égard.

Ce sont ces réunions qui structurent, dans une perspective analytique, le travail de l'institution ; EN EFFET, TOUT CE QUI ACTUELLEMENT S'Y PASSE, Y EST PARLE, LA.

Articulant ces réunions instituées, se constitue de façon aléatoire, par habitude, un groupe de discussion au moment du café après le repas de midi à l'infirmerie ; il s'agit d'un groupe ouvert constitué d'adultes où, tolérés de manière variable, aiment venir les enfants et dans lequel tout peut être abordé. Il est un indice de fonctionnement de l'équipe et sert de détente à la trame dramatique de l'institution.

Toutes autres, sont les réunions "sur le tas", qui à

l'occasion d'un "incident-symptôme", mettent en danger l'institution (passage d'un enfant, intervention intempestive d'une famille). Ces réunions servent à réamorcer les échanges qui ont été coupés par l'incident impromptu. Leur caractère spontané témoigne de la vitalité du groupe.

. Les relations de l'institution avec les familles.

On retrouve là encore la polyvalence de contacts entre les parents et les différents membres de l'équipe. Cela peut aller des rapports quotidiens entre éducateurs et parents, aux visites prévues et imprévues à l'infirmière-assistante sociale, à la direction, au psychologue, au psychiatre, et aux réunions parents-équipe.

Ces différentes possibilités de rencontre permettent que soient mises en évidence et analysées les inquiétudes des parents concernant leurs enfants qu'il s'agisse d'un problème actuel de santé physique de l'enfant ou d'un problème de devenir (revendication scolaire, insertion sociale ou professionnelle). A travers cette écoute différenciée on arrivera à ne pas laisser échapper, par des fuites intempestives (examens médicaux multiples à l'extérieur de l'institution, cours rééducations), le sens "profond" des échanges du groupe et des parents.

- COMMENTAIRES.

Du dépouillement de ce travail, deux hypothèses peuvent être tirées concernant le mode de fonctionnement de cette institution :

. l'absence de structure pédagogique au sens classique ;

. l'instauration d'une relation psychothérapique au sens large.

-" Absence de structure pédagogique au sens classique".

On ne peut parler de domaine pédagogique "séparé" dont la fonction spécifique se justifierait par l'obtention chez l'enfant, avec un certain rendement, d'acquisitions et d'apprentissages correspondant à l'évaluation de son quotient intellectuel et de son niveau scolaire. De même, n'existe pas de séminaire pédagogique qui, sous l'égide du directeur, soit consacré à l'étude du comportement scolaire de l'enfant et à la dimension des méthodes psycho-pédagogiques et autres techniques spécialisées visant à déclencher ses motivations pour augmenter ses acquisitions ; c'est un tel mode d'approche de l'enfant qui donne lieu à des appréciations du type

de celles notées sur les carnets scolaires de Serge avant son entrée à l'E.M.P. :

> " Moyens très limités, pourrait peut-être apprendre quelques rudiments de lecture ou des mots simples" " sociable, poli, taquin," puis " violent, malpropre, indiscipliné "!

Par contre, éducateurs et instituteurs délégués à l'école spécialisée participent, de fait, à la thérapeutique globale de l'établissement ; ainsi :

- les réunions de "synthèse" où, l'instituteur a l'occasion de confronter sa perception de l'enfant avec celle des autres adultes, de parler de ses difficultés lui permettant le dépassement d'attitudes contre-transférentielles bloquées et stéréotypées, et, où, la mise en place d'une attitude concertée est possible avec distribution éventuelle de rôles ; c'est ce mode d'action qui a permis, par l'affranchissement de Valérie de son carcan symptômatique, son épanouissement et ses progrès scolaires ;
- le rapport avec les parents où, par l'intermédiaire du "transfert éducatif" de ceux-ci sur

l'instituteur, se révèlent et se résolvent les liens pathogènes qui les unissent à leurs enfants : les rapports de Melle B..., avec Mme P..., mère de Valérie, en sont l'illustration manifeste : Il est bon de citer à ce propos, in extenso, le commentaire de l'éducatrice :

" Madame P... amenait sa fille elle-même tous les matins, nous remettait le linge pour la journée et restait dans la cour (de 9heures à 10heures du matin quelques fois) couvant sa fille et renouvelant ses interdictions : "Valérie, ne cours pas, oh mon dieu, elle va tomber !... Vous la laissez aller aux waters toute seule ; je ne veux pas qu'elle aille aux waters toute seule" et elle y allait.

Toute prise d'autonomie de sa fille, courir, sauter, dire des grossièretés était source de conflit avec moi. J'étais la grande responsable inconsciente du danger permanent que courait sa fille. La première année, en particulier, ces conflits étaient violents, entrecoupés de cadeaux (ou de grosses sommes pour la coopérative). Elle a exprimé ceci :" je ne voudrais pas que Valérie souffre de ce que je vous dis" d'où cadeaux. Je n'ai jamais refusé ses cadeaux ce qui lui permettait, dès le lendemain, de repartir avec une agressi-

vité nouvelle".

Par ailleurs, lors des entretiens, en présence du psychiatre, le déploiement du discours partiel permet à l'instituteur de mieux situer celui de l'enfant et d'avoir à son égard des interventions plus pertinentes :

- la mobilité des activités et des fonctions car, comme il apparaît dans l'étude structurale ou les observations, la fonction pédagogique ou éducative n'est pas l'apanage du seul instituteur ou éducateur ; l'enfant peut apprendre à lire ou a écrire avec l'orthophoniste, la directrice, la secrétaire....et sa demande scolaire peut être déclenchée, comme dans le cas de Christian qui apprit à lire en deux mois à 14 ans, par la réponse du psychiatre : qu'il n'était pas question qu'il le laisse travailler dans un garage le soir, tant qu'il ne saurait pas lire, calculer et qu'il le croyait fort capable de pouvoir apprendre.

Corrélativement, abandonnant sa fonction habituelle, un instituteur ou un éducateur peut participer à un groupe thérapeutique. Ainsi perçoit-on dans l'observation de Sylviane les effets,

quant aux mécanismes identificatoires, des associations successives de la psychiatre avec une institutrice, puis avec un instituteur, à l'intérieur d'un tel groupe.

Enfin, nous n'avons pu repérer, dans cette institution, de relation duelle de type Maître-Elève telle qu'il en existe dans une structure hiérarchique, où, l'adulte légitimé dans son pouvoir par sa fonction enseignante maintient l'enfant dans une relation de dépendance à son autorité et évite ainsi toute possibilité d'échange avec lui. A l'E.M.P de Blanc Mesnil, les apprentissages, "le scolaire" en général, ne sont pas envisagés comme des valeurs à acquérir à tout "prix" et à toute "force", sous l'angle de "progrès partiels" dont la constatation permet, tant aux parents et aux membres de l'équipe, d'alimenter un espoir trop narcissique pour être libérant ; mais ces apprentissages sont, au même titre que les autres structures d'échange dont nous avons parlé, considérés comme médiations, au sens où l'entend la pédagogie institutionnelle, introduisant l'élément tiers dans la relation duelle qui permet l'accès à une dimension symbolique. Par rapport aux enfants dont il s'agit et pour lesquels cet accès est souvent problématique, le savoir, le langage, ne peuvent occuper cette position tierce d'emblée et constituer un ordre dont ce pouvoir aliénant soit sublimatoire et non pas opprimant ; ils doivent s'articuler au

travail de structuration progressive de la personnalité qui se fait, grâce au contexte relationnel de l'institution, par l'élaboration de ses rapports au corps, aux objets (importance de l'objet transitionnel et de l'accès à la culture), au sexe, aux instances surmoïques et idéales.

Cette médiatisation dans le rapport de l'enfant au savoir est clairement exprimée dans les observations de Serge et Sylviane dont les intérêts scolaires furent suscités par l'intermédiaire des investissements au niveau des multiples modes d'échange structurant le champ relationnel

." L'institution d'une relation thérapeutique au sens large "

Ce qui domine de façon crucial c'est la relation thérapeutique. En effet, à chaque instant et dès l'entrée de l'enfant et de ses parents dans l'institution, il est vu avec sa personnalité par rapport au groupe dont il fait partie et par rapport aux soignants au sens large. C'est ce dont témoignent les différentes observations : Serge, [illegible] qui "étiquetés" et mis à l'écart à l'école primaire, sont "réhabilités" dans leur statut de personne par leur institutrice et l'ensemble de l'équipe ; Sylviane, dont l'éducatrice adopte d'emblée une attitude compréhensive et attentive envers l'individu qu'elle représente, refusant violemment d'adopter [illegible]

conduite à des pré-supposés classificatoires et réducteurs

Ainsi, pas plus qu'il ne s'agit de relation pédagogique au sens classique, il n'est pas question, là, de relation thérapeutique au sens médical traditionnel, type relation malade/ médicaments ou médecin / malade. A son propos, BALINT qui l'analyse parle de "fonction apostolique" qu'il définit ainsi :

" Tout se passe comme si tout médecin possédait la connaissance révélée de ce que les patients sont en droit ou non d'espérer ; de ce qu'ils doivent pouvoir supporter et, en outre, comme s'il avait le devoir sacré de convertir à sa foi tous les ignorants et les incroyants parmi ses patients".

Ainsi le but et, très souvent, l'effet de sa réponse sont-ils d'induire le patient à adopter son échelle de valeurs, c'est-à-dire à accepter "sa Foi et sa Loi". Un corrollaire de cette fonction apostolique est l'attitude du praticien vis-à-vis des symptômes ; en effet, "le besoin irrésistible" du médecin de prouver au patient et à lui-même qu'il est "bon, bienveillant, efficace" le pousse à vouloir soulager celui-ci, à tout prix, par des médicaments ou son réconfort c'est-à-dire, bien souvent, à traiter avant de diagnostiquer, à effacer les symptômes avant d'en avoir saisi le sens. Il s'agit, ici, d'une relation fondée sur la toute puissance médicale qui lui imprime sa loi.

A l'E.M.P. de Blanc Mesnil, ce n'est pas une telle relation thérapeutique d'ordre médical qui a cours, mais une relation de l'ordre du discours. En effet, c'est le langage qui est repris à tous les niveaux et qui structure l'établissement dans sa fonction thérapeutique, la pédagogie et la rééducation y participant.

Il suffit de relire, pour percevoir la distance qui sépare ces deux attitudes thérapeutiques, l'observation de Marie arrivée à l'E.M.P. avec le diagnostic d'encéphalite infectieuse. Avant son entrée : diagnostic rapide "rétrospectif" visant à légitimer la thérapeutique médicamenteuse appliquée ; lors de son séjour : attitude d'esquive par rapport à un diagnostic hâtif s'appuyant sur une collecte forcée de signes pour permettre aux symptômes de se révéler avec leurs multiples déterminants.

" Relations thérapeutiques de l'ordre du discours"

Nous abordons, là, le champ analytique ; comme le formule SANQUER, dans son article sur "l'apport de l'analyse à la sémiologie des groupes et des institutions", la présence d'un discours et sa distinction en latent et manifeste sont les conditions exigibles d'une démarche analytique.

- Nous avons parlé de langage, de discours et de démarche analytique, mais il convient de préciser ce que ces termes

sous-tendent et les rapports mutuels qu'ils entretiennent. A l'E.M.P., étant donné l'absence de structure pédagogique ou médicale de type classique, il n'existe pas de langage spécialisé, qui s'appuyant sur un savoir spécifique, jouerait le rôle de langage officiel et officialisé, et donnerait lieu à un type de discours universitaire (discours maître-élève) entre les individus. Le langage qui structure l'institution, dans sa fonction thérapeutique, est constitué par la parole des sujets reprise suivant différents niveaux institués. Cette pluralité de discours individuels entraine une circulation du verbe telle que les mots prennent sens de leur référence, non pas à un savoir-signifié leur conférant une précision fallacieuse, mais au contexte de leur émission : ainsi, quand telle éducatrice dit d'un enfant qu'il "progresse", cela peut exprimer pour les membres de l'équipe "qu'il devient infernal". C'est cette possibilité d'un "autre discours" transparaissant en filigranne à travers celui manifesté, qui témoigne de la présence analytique et non les psychothérapies où, l'emploi d'un vocabulaire technique constitue à reconstituer l'hégémonie d'un discours universitaire.

Ainsi pour que l'institution soit thérapeutique dans son ensemble, sa fonction soignante s'inscrivant dans la durée de la vie des gens qui l'habitent, il faut que les discours partiels comme tous les phénomènes institués trouvent leur cohérence par leur totalisation, à chaque ins-

tant, en un discours constituant le discours de l'Institution. Le seul langage officiel présent est représenté par un écrit : l'organisation statutaire contenue dans le règlement intérieur de l'établissement ; mais cet officiel est transgressé par le fonctionnement de l'institution.

- Mais comment ce discours de l'institution est-il né et par quoi s'entretient-il ?

Au départ, existaient des réunions parcellaires sur un thème spécifique sans aucun recentrement dans une réunion générale. Ce fut un travail institutionnel d'en créer pour que les "petites synthèses" prennent leur sens.
par ailleurs, à la demande d'éducateurs d'entretiens individuels avec le psychiatre sous forme de "supervision", a répondu une attitude d'écoute à cette demande et non une réponse complémentaire. Ainsi, par l'absence de cloisonnement entre ces lieux d'échange pourtant différenciés, l'articulation entre grande synthèse - petite synthèse - relation duelle fut rendue possible. Par exemple, en petite synthèse, s'il est décidé qu'un évènement concernant un enfant à un point d'impact sur l'ensemble du groupe, il est décidé d'en parler à la grande synthèse...

La fonction psychothérapique de l'institution ne se fait donc pas par l'intermédiaire d'interprétations réductrices, faites par le psychiatre, portant sur les motivations individuelles et les conflits superficiels, mais par l'existence d'un circuit de parole et d'un circuit de lieux ; s'y articulent :

- le lieu de parole qui n'est pas univoque mais là aussi polyvalent, permettant le"déplacement" de celle-ci ;

- le jeu entre le statut, la fonction, en partie variable selon les besoins de l'institution, et le rôle, dont la mobilité lui permet d'être un "mode d'intervention analytique" privilégiée ;

- la variabilité des lieux au cours du temps comme "scène" où la notion "d'ici et maintenant" prend valeur analytique d'être ouverture sur le réel de l'inconscient : projections fantasmatiques - acting-out.

Un des effets de ce type de fonctionnement institutionnel se manifeste au niveau des actes qui s'y passent et, à ce propos, J. OURY a pu dire que "l'institution est une culture d'actes" mais aussi que "si c'est bien institué, il ne s'y passe que des acting-out, si c'est mal fait ou partiellement, il y a des passages à l'acte".

Ces deux types d'actes témoignent, par leur caractère irraisonné et non maîtrisable, du surgissement d'éléments inconscients ou refoulés et donc de la mobilisation, au niveau de l'institution, du discours latent.

Mais, contrairement aux passages à l'acte, les acting-out se passent sur cette "scène" ou espace analytique, sur laquelle se projettent, nous l'avons vu, les épisodes du drame institutionnel.

L'acting-out, provoqué par la non-réponse à la demande manifeste, est selon LACAN " un transfert d'angoisse" : c'est l'assumation de cette angoisse en une attitude de vigilance sérieuse de la part des membres de l'institution qui permet à ce qui la sous-tend, d'être parlé , et donc au travail analytique, de se poursuivre ; par contre si cette angoisse provoque un écho, un discours dicté par la peur, avec recherche de réassurance par le renforcement des mesures de sécurité, le passage à l'acte est possible comme accomplissement, pourrait-on dire, de cette crainte.

Au terme de l'étude de cette institution, une question reste posée : elle concerne, peut-être paradoxalement par rapport à notre exposé, la possibilité de l'analyse dans une institution où la prégnance de la réalité est si forte qu'elle risque de masquer ce qui du réel de l'inconscient, doit surgir quand l'analyse y a sa place.

Cette "co-existence dialectique" réel-réalité nous paraît être en tout cas de l'ordre d'une expérience limitée. C'est dire qu'une telle institution dont le caractère "ouvert" n'a rien de paradisiaque, constitue une épreuve pour chacun de ses membres, ce qui pose le problème de leur stabilité.

- CONCLUSION -

Nous nous sommes intéressés dans ce travail à une catégorie d'enfants dits : "déficients mentaux".

C'est l'insuffisance intellectuelle considérée comme "trouble déficitaire" qui a coutume de relier ces états de déficience tant dans le champ de la pédagogie, que de la psychopathologie et de l'assistance. La mise en question actuelle de cette notion de déficience intellectuelle comme critère absolu des déficiences mentales et les problèmes posés par les états d'arriération psychotique, les pseudo-débilités, les troubles instrumentaux, sont responsables de l'hétérogénéité du groupe des déficients mentaux. Ainsi, la seule manifestation qui leur est réellement commune, et souvent les signale, est l'inadaptation scolaire. Ce critère qui pose le problème du rapport de la société à l'individu, pose aussi celui de la normalité à la norme.

Ces "déficients" exclus du circuit pédagogique normal sont pris en charge par des instituts spécialisés (I.M.P. , E.M.P.) qui, placés sous l'égide du Ministère de la Santé, allient en proportion variable des pratiques thérapeutiques et pédagogiques.

Mais si l'angle essentiellement déficitaire sous lequel sont souvent considérés ces enfants et l'attitude classificatoire, qui régit de manière rigide les actions entreprises envers eux, sont actuellement mis en cause, l'idéologie sous-tendant l'assistance, qui pose comme finalité thérapeutique et éducative la réadaptation selon un modèle normatif, n'en est pas ébranlée.

C'est ce problème de "position à tenir" envers les déficients mentaux que nous avons voulu aborder en posant la question de notre titre : I.M.E., structure pédagogique, structure de soins ?

A ce propos deux types d'approche thérapeutique et pédagogique ont été exposés :

- celui qui consiste, selon l'ordre hiérarchisé des classiques relations médecin-malade et maître-élève, en la pratique de techniques rééducatives dispensées dans les établissements spécialisés ;
- un autre qui, dégagé à partir de notre étude de l'E.M.P. de Blanc-Mesnil inclut ces méthodes en tant que médiations dans les modalités relationnelles qui, situées dans une institution structurée par le langage repris à tous les niveaux, sont plutôt de l'ordre d'un discours justiciable

d'une écoute analytique. C'est à ce niveau que se situe l'impact thérapeutique de l'institution considérée, alors, comme structure thérapeutique.

C'est l'articulation mouvante d'une telle structure, sauvegardant l'ouverture à une dimension symbolique, qui rend possible l'écoute au-delà du manifeste d'un discours latent et permet au sujet qui s'y trouve de se situer par rapport au langage, à la loi, au savoir et au sexe ; ainsi donnent-elles aux qualificatifs de thérapeutique et de pédagogique leur plein sens en même temps qu'elles les réunissent dans une visée commune : l'accès de sujets à la parole.

Mais notre essai de cerner ce que peut être une action (thérapeutique ou pédagogique) "désaliénante" laisse crucial le problème du statut ultérieur de ces enfants dont le passage à l'I.M.P. les marque, en plus d'une certaine estampille.

Enfin une phrase de LACAN nous paraît aller dans le sens de l'explicitation et de l'élargissement de notre propos au cours de ce travail :

" Le troisième paradoxe de la relation du langage à

la parole est celui du sujet qui perd son sens dans les objectivations du discours. Si métaphysique qu'en paraisse la définition, nous n'en pouvons méconnaître la présence au premier plan de notre expérience. Car c'est là l'aliénation la plus profonde du sujet de la civilisation scientifique et c'est elle que nous rencontrons d'abord quand le sujet commence à nous parler de lui : aussi bien, pour la résoudre entièrement, l'analyse devrait-elle être menée jusqu'au terme de la sagesse".

o

o o

Vu :
Le Président :
Signé : BOURGUIGNON

Vu :
Le Doyen :
Signé : M. RAPIN

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
Signé : R. MALLET

- BIBLIOGRAPHIE -

1.- AJURIAGUERRA (J de)

"Manuel de psychiatrie de l'enfant"

Masson, Paris, 1971.

2.- AMADO (G)

"La psychothérapie dans l'institution"

Revue neuro-psych.inf. 1967 ; 15,10-11,847.

3.- AUDOUARD (X)

"l'Idée psychanalytique dans une maison d'enfants"

Epi, Paris, 1970.

4.- BALINT (M)

"Le médecin, son malade et la maladie"

Payot, Paris, 1960.

5.- BENOIT (G), DAUMEZON (G)

"Apport de la psychanalyse à la sémiologie psychiatrique".

Masson, Paris, 1970.

6.- BERTHAUD (G), GIBELLO (B)

"Schéma corporel et schéma du corps"

Perspectives psychiatriques, 29, 17, 1972.

7.- CASTETS (E)

"Réflexions sur les désordres de l'intelligence"

Evolution psychiatrique, 1965- 30,3,381

CASTETS (E)

"Principe d'une conception structurale de l'arriération".

Annales Médico-Psychologiques, 1969- 122,1-3,401.

8.- DAUMEZON (G)

"Les fondements d'une psychothérapie collective"

Evolution psychiatrique,1948- 3,57.

DAUMEZON (G)

"Essai de sémiologie d'observation en groupe"

Evolution psychiatrique, 1964- 4,533.

9.- FAURE (J)

"De l'arriération à l'aliénation"

Recherches, Paris- 1967- 25.

10.- FREINET (E)

"Naissance d'une pédagogie populaire"

Ecole moderne française, Cannes, 1949.

11.- FREUD (A)

"Le normal et la pathologie chez l'enfant"

N.R.F., Gallimard, Paris, 1968.

12.- GIBELLO (B)

"Le carrefour de la psychomotricité".

Perspectives psychiatriques, 29,5, 1972.

GIBELLO (B)

"Hérédité psychique"

Perspectives psychiatriques, 32,2, 1971.

13.- GIRARD (J), GUILLOT (J)

"Considérations sur le rendement scolaire dans les I.M.P."

Revue Neuro-psych.Inf. 1965 - 13,4-5,279.

GIRARD (J), POMME (B)

"Débilité moyenne : étude critique sur les limites de cette catégorie"

Revue neuro-psych.Inf. 1965- 13,4-5,269.

14.- KLEIN (M)

"L'importance de la fonction du symbole dans la formation du moi".

La psychanalyse, 1956- 2,269.

KLEIN (M)

"Essai de psychanalyse"

Payot, 1967, Paris.

KLEIN (M)

"La psychanalyse des enfants"

PUF, Paris, 1969.

15.- KOHLER (C)

"Qu'est-ce qu'un internat médico-pédagogique".

Revue neuro-psych.Inf. 1965- 13,4-5,285.

KOHLER (C)

"L'affectivité du débile mental et ses troubles"

Revue neuro-psych.Inf. 1965- 13,4-5,323.

16.- LACAN (J)

"Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je"

"Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse"

"L'instance de la lettre dans l'inconscient ou la raison depuis FREUD"

"La direction de la cure et les principes de son pouvoir"

Ecrits, Seuil,Paris,1966,- 93,237, 493,585.

LACAN (J)

"La psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité"

Thèse 1932, Faculté de médecine, université de Paris.

17.- LANG (J.L.)

"Externats médico-pédagogiques et hôpitaux de jour"

Revue neuro-psych.Inf. 1965- 13,4-5,315.

17.- LANG (J.L.)

"Psychoses infantiles à expression déficitaire et arriération psychose".

Confrontations psychiatriques, 1969- 3,119.

LANG (J.L.)

"Rééducation en externat"

E.S.F. Paris, 1971.

LANG (J.L.)

"Psychothérapie-psychanalyse-assistance"

Revue neuro-Psych.Inf. 1967- 15,10-11,901.

18.- LANTERI-LAURA (G)

"Sujet et objet de la pathologie en psychiatrie infantile"

Perspectives psychiatriques, 1971- 32

19.- LEBOVICI (S)

"L'action conjointe pédagogique et psychothérapique dans un internat spécialisé".

Revue neuro-psych. Inf. 1957- 6,7,8,408.

LEBOVICI (S) et coll.

"Débilité mentale évolutive"

Annales médico-psychologiques, 1954- 2

20.- LEIF (J), DELAY (J), GUILLARME (J.J.)

"Psychologie et éducation"

Nathan, Paris, 1968.

21.- LOBROT (M)

"La pédagogie institutionnelle"

Gauthier, Villars, Paris 1966.

22.- MANNONI (M)

"L'enfant arriéré et sa mère"

Seuil, Paris, 1964.

MANNONI (M)

"Bilan d'une expérience en externat médico-pédagogique"

Revue de neuro-psych.Inf. 1967- 15,10-11,857.

MANNONI (M)

"Problèmes posés par la psychothérapie des débiles"

Psychanalyse, 1959- 5,281.

MANNONI (M)

"Psychanalyse des arriérés"

Revue de neuro-psych.Inf.1965- 13,4-5,345.

MANNONI (M), SAFOUAN (M)

"Psychanalyse et pédagogie"

Recherches, Paris, 1867- 175.

23.- MAROZI (C)

"L'organisation des classes spéciales"

E.S.F., Paris, 1971.

24.- MICHAUD (G)

"Analyse institutionnelle et pédagogie"

Recherches, Paris, Septembre 1969.

MICHAUD (G)

"La notion d'institution dans ses rapports avec la théorie moderne des groupes".

Thèse 1958, Faculté des lettres, Université de Paris.

MICHAUD (G)

"Poème antipédagogique ou...à propos d'une expérience de groupes chez des enfants débiles ou psychotiques".

Recherches, Paris, Septembre 1967- 191.

24.- NODOT (A)

"Réflexions à propos d'une étude étiopathogénique d'un groupe de 225 enfants débiles profonds, moyens et schizophrènes".

Revue neuro-psych.Inf.1965- 13,4-5, 247.

26.- OURY (F), VASQUEZ (A)

"Vers une pédagogie institutionnelle"

Maspéro, Paris, 1967.

27.- OURY (J)

"L'ici et maintenant et la notion de lieu dans la psychothérapie institutionnelle"

La psychothérapie institutionnelle, 1959.

27.- OURY (J)

"Quelques problèmes théoriques de psychothérapie institutionnelle".

Recherches Paris, Septembre 1967- 215.

28.- PALMADE (G)

"Les méthodes en pédagogie"

P.U.F., Paris, 1968.

29.- PERRON (R), NETCHINE (S), ZAZZO (R)

"Colloque sur les déficiences mentales"

Enfance, Paris, Janvier-Mars 1972.

30.- SANQUER (E)

"Apport de l'analyse à la sémiologie des groupes et institutions".

Informations psychiatriques, 1970- 6,46,603.

31.- TOSQUELLES (F)

"Esquisse d'une problématique analytique dans les soins à donner aux enfants psychopathes en institution".

Recherches, Paris, Septembre 1967- 227.

32.- WINNICOT (D.W)

"La consultation thérapeutique et l'enfant"

N.R.F. Gallimard, Paris, 1971.

32.- WINNICOT (D.W.)

"De la pédiatrie à la psychanalyse - Objet et phénomène transitionnels".

Payot, Paris, 1968- 109.

33.- ZAZZO (R)

"La notion d'hétérochromie dans le diagnostic de la débilité mentale"

Revue neuro-Psych.Inf. 1965- 13,4-5,242.

ZAZZO (R) et coll.

"Les débilités mentales"

Armand Colin, Paris, 1972.

34.- ZIERMANN (D)

"Recherche pédagogique dans une classe de perfectionnement".

E.S.F., Paris, 1971.

o

o o